Материалы
XII Всероссийской научно-практической конференции на тему
«Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении»

г. Санкт-Петербург

2016 год

Организационный комитет конференции

Председатель
Заслуженный врач РФ, профессор
Фисун А.Я.
Начальник Главного военно-медицинского управления
Министерства обороны Российской Федерации

Сопредседатель
Заслуженный врач РФ, профессор
Бельских А.Н.
Начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Заместители председателя:
к.м.н. **Рыжман Н.Н.** - заместитель начальника Военно-медицинской академии по клинической работе;
профессор **Цыган В.Н.** - ученый секретарь Ученого совета Военномедицинской академии;
профессор **Котив Б.Н.** - заместитель начальника Военно-медицинской академии по учебной и научной работе;
д.ф.н. **Бунин С.А.** - заместитель начальника Военно-медицинской академии;
к.м.н. **Реутский И.А.** - начальник клинического отдела Военно-медицинской академии.

Члены оргкомитета:
к.м.н. **Ивченко Е.В.,** к.м.н. **Сиволодский Ю.Е.,** к.м.н. **Свечников Д.В., Скрабовский В.И.**

Организационный комитет находится по адресу: 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Клиническая, дом 6, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, клинический отдел.
Секретарь организационного комитета: Свечников Дмитрий Владимирович, тел.: +7 (911) 241-72-43, e-mail: konfmma@mail.ru.

Заключительное пленарное заседание и подведение итогов работы конференции проводится оргкомитетом и руководителями секций.

Мероприятия культурной программы проводятся по плану руководителей секционных заседаний.

Регистрация участников: 20-21 апреля 2016 года с 8 часов 30 минут
в фойе клуба Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по адресу: Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 1.

Открытие конференции в 10.00 20 апреля 2016 года.
Проезд до Финляндского вокзала. Станция метро «Площадь Ленина» (выход на площадь Ленина, Финляндский вокзал).

Материалы издаются согласно редакционно-издательскому плану академии

Авторы идут в алфавитном порядке, в авторской редакции

Адмакин А.Л., Лящук С.С., Гарипов Р.Р. Шабуняев Д.С.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ, кафедра термических поражений и пластической хирургии, Санкт-Петербург

Пролежни часто развиваются у пациентов за которыми затруднен уход на фоне последствий тяжелой спинальной травмы. При несоблюдении правил ухода пролежни прогрессируют быстро и их лечение становится длительным и дорогим, а также требует участия большого количества специалистов.

Комплексное лечение поверхностных пролежней при правильном уходе, своевременных перевязках и достаточном питании, как правило, не представляет существенных проблем. Они заживают за счет самостоятельной эпителизации.

Глубокие пролежни – более сложная проблема. Их рубцевание происходит крайне медленно и возможно лишь при небольших размерах. Очищение пролежней выполняется как острым путем, так и с помощью различных методик консервативного лечения, включая применение ультразвуковой кавитации, ферментных препаратов и повязок с различными мазями и антисептиками.

После очищения пролежня, санации и сокращения «карманов» мы выполняем пластические операции. Первым этапом необходимо иссечение его слизистой сумки. далее выполняем несвободную пластику сложными лоскутами (кожно-жировые, кожно-фасциальные и кожно-мышечные).

Нами применяются преимущественно следующие варианты пластики пролежней при различных локализациях в области таза: 1) в седалищной области – кожно-фасциальный лоскут с задней поверхности бедра; 2) в области крестца – лоскут, включающий большую ягодичную мышцу, либо кожно-жировой лоскут; 3) в области большого вертела – пластика лоскутом, включающим напрягатель широкой фасции бедра, а также паховый лоскут. Считаем необходимой тампонаду деэпидермизированным языком лоскута полостей, образовавшихся после иссечения слизистой сумки (особенно при пластике пролежней седалищных областей).

Из осложнений после операции наиболее часто встречаются расхождение краев раны, формирование полости под лоскутом и свищевого хода, которые в большинстве случаев лечатся консервативно.

АдмакинА.Л., ЛящукС.С., ГуковаВ.В., ШабуняевД.С.

ТАНГЕНЦИАЛЬНЫЕ НЕКРЭКТОМИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ, кафедра термических поражений и пластической хирургии, Санкт-Петербург

Оперативное лечение поверхностных (IIIБ степени) и глубоких ожогов может быть выполнено различными способами. Наиболее распространено удаление погибшей кожи единым блоком до фасции. Этот метод применим с помощью как обычного скальпеля, так и более сложной аппаратуры (электронож, УЗ диссектор и др.). Далее используется методика тангенциальной некрэктомии. Ее можно осуществить скальпелем, дерматомным ножом, дерматомами как с возвратно-поступательным механизмом, так и роторными.

Цель: предложить возможности оптимизации выполнения тангенциальных некрэктомий у обожженных.

Материалы и методы. Проведены ретроспективный и проспективный анализы хирургического лечения обожженных, которым в комплексном лечении выполняли

некрэктомии. Оценены истории болезней 493 пациентов, проходивших лечение в клинике термических поражений с 1996 по 2015 гг.

Результаты: Тангенциальные некрэктомии выполнялись на площади от 0,5 до 38% поверхности тела. Глубина срезания погибшей кожи до капиллярного кровотечения составляла 0,5-1,5 мм. Большие площади иссечения предполагали настороженность в плане контроля гемостаза в послеоперационном периоде. При этом гематомы с отслойкой трансплантатов развивались у 18% пациентов. Кроме того, в процессе выполнения тангенциальной некрэктомии развивается т.н. неуправляемое капиллярное кровотечение. С ним удается справиться наложением на 1 мин салфеток, смоченных раствором адреналина (1 мл адреналина на 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Более крупные артериальные стволы коагулировались в режиме sprey.

Другая проблема – закрытие раны после некрэктомии. Идеальным является аутодермопластика расщепленным сплошным трансплантатом 0,25 мм. Трансплантаты лучше всего накладывать сплошные. В случае с отсутствием свободных донорских ресурсов, можно использовать временное покрытие алло- или ксенокожей, искусственными раневыми покрытиями с гемостатическим эффектом.

Заключение. Тангенциальная некрэктомия требует определенных подходов к оптимизации результатов лечения. Данные подходы помогут не только сэкономить время лечения, но и избежать повторных операций.

Адмакин А.Л., Лящук С.С., Коваленко А.А., Шабуняев Д.С., Гарипов Р.Р.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ VAC-СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ, кафедра термических поражений и пластической хирургии, Санкт-Петербург

Раны нижних конечностей составляют серьезную проблему для врачей различных специальностей. Это связано с наличием у данных пациентов различных сопутствующих заболеваний как правило на фоне пожилого возраста. Все это приводит к значительным затратам по лечению, увеличению койко-дня, развитию осложнений. Консервативное лечение, которое включает в себя местное наложение мазей и кремов на раны часто не дает желаемый результат. Раны могут не только не заживать, но и увеличиваться в размерах.В таких случаях на помощь клиницисту приходит методика вакуумного лечения ран (VAC-терапия). С ее помощью удается добиться быстрого очищения раны, снижения бактериальной обсемененности, сокращения размеров, ускоренному созреванию грануляций.

Цель исследования: оценить возможность применения VAC-терапии в лечении пациентов с длительно незаживающими ранами различной этиологии.

Материал и методы. В нашей работе мы применили методику вакуумного лечения ран у 7 пациентов с ранами нижних конечностей различной этиологии. У 5 пациентов – раны после вскрытия и удаления погибших тканей на фоне синдрома диабетической стопы, у 2 – трофические язвы на фоне облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Аппараты накладывали на раны по указанной производителем методике. Смена конструкции выполнялась каждые 3-6 дней. Оцениевали динамику роста грануляций и сокращения раны.

Результаты. Установлено, что имела место положительная динамика раневого процесса. Это выражалось в снижении количества гнойного отделяемого, сокращении размеров ран. Грануляции становились четко выраженными даже на фоне их отсутствия до начала лечения. Благодаря этому у всех 7 пациентов через 7-17 дней удалось выполнить аутодермопластику и пластику местными тканями. Следует отметить, что другими консервативными методами не удавалось получить положительной динамики.

Таким образом, вакуум-терапия может быть рекомендована для активного использования у пациентов с длительно незаживающими ранами различной этиологии на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний.

Адмакин А.Л., Шилов О.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИПОФИЛИНГА В КОРРЕКЦИИ АРЕОЛЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕРЕЗ ОКОЛОАРЕОЛЯРНЫЙ ДОСТУП

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ, кафедра термических поражений и пластической хирургии, Санкт-Петербург

В хирургии молочных желез часто приходится сталкиваться с уплощение сосково-ареолярного комплекса после эндопротезирования через околоареолярный доступ. В результате получается неприемлемый косметический результат даже на фоне удовлетворительной формы сформированной молочной железы.

Цель работы: качественная оценка использования липофилинга при периареолярной подтяжке молочных желез.

Материалы и методы. Проведен анализ коррекции сосково- ареолярного комплекса при помощи липофилинга во время эндопротезирования молочных желез с периареолярной подтяжкой с целью нивелирования эффекта уплощения сосково- ареолярного комплекса у 18 женщин в возрасте от 21 до 43 лет. В контроьную группу вошли пациентки, которым липофилинг после эндопротезирования через околоареолярный доступ не выполнялся.
Липофилинг в основной группе проводился по отработанной методике: забор графта при помощи шприцевой липосакции и центрифугирования в ручной центрифуге. Введение производилось при помощи канюли для липофилинга инслуновым шприцом объемом 1мл.

Результаты: При использовании вышеуказанной методики был получен положительный результат в 17 случаях, в 1 случае результат был слабоположительным. Уплощение САК было практически нивелировано по сравнению с контрольной группой. Степень удовлетворенности пациенток по 10-бальной шкале составила 8,3 балла. У пациенток контрольной группы этот показатель составил 7,1 бала.

Заключение. Методика сочетания липофилинга с периареолярной подтяжкой с целью нивелирования уплощения сосково- ареолярного комплекса
показала высокую результативность и более приемлимый эстетический результат на фоне классического периареолярного эндопротезирования. Осложнений во время выполнения липофилинга не было.

Адмакин А.Л.,Коваленко А.А., Лящук С.С.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГИДРОГЕЛЕВЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ, кафедра термических поражений и пластической хирургии, Санкт-Петербург

Филиал №4 ФГКУ 1586 ВКГ МО РФ, г.Смоленск

В условиях военного госпиталя проходят лечение пациенты различных категорий. Среди них – действующие военнослужащие и члены их семей, пенсионеры МО РФ и члены их семей, больные поступающие по системе ОМС и др. Наиболее часто у пожилых пациентов приходится сталкиваться со сложным и непредсказуемым течением раневого процесса, особенно при наличии трофических язв на фоне сопутствующих заболеваний. В таких случаях при местном консервативном лечении актуально использование современных раневых покрытий, обеспечивающих оптимальные условия для раны.

Цель: проанализировать возможности применения раневых покрытий для лечения пациентов с трофическими язвами в условиях военного госпиталя.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ консервативноголечения 18 пациентов (2013-2015 гг.) с трофическими язвами нижних конечностей, которым в комплексном лечении выполняли наложение на раны повязки гидрогелевой Gel(Ag^+)silkofix®. Из сопутствующих заболеваний у пациентов имелись сахарный диабет 6 человек, окклюзия и субокклюзия бедренных и подвздошных артерий – 5, варикозная болезнь нижних конечностей – 11, последствия открытого перелома – 1. В контрольную группу были включены 15 пациентов с трофическими язвами и аналогичными сопутствующими заболеваниями, которым применяли мазь Левомеколь и Солкосерил. Использовали визуальную оценку и морфометрию ран, бактериологическое исследование.

Результаты. Трофические язвы, на которые использованы раневые покрытия, на 11 суток быстрее очищались от гнойно некротических масс. Кроме того в основной группе ни разу не наблюдалось высыхание раны. Высевы из ран показали снижение бактериальной обсемененности в основной группе, где уже на 2-3 перевязке удавалось получить отсутствие микроорганизмов в посевах. Трофические язвы уменьшались в размерах вплоть до эпителизации на 5-7 дней быстрее в основной группе. Заключение. Использование гидрогелевых раневых покрытий обеспечивает контролируемое положительное течение раневого процесса у пациентов с трофическими язвами.

Адхамов Б.М., Русев И.Т., Пономаренко Г.Н.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра курортологии и физиотерапии, кафедра общественного здоровья и экономики военного здравоохранения

Цель: Научное обоснование основных направлений совершенствования системы оказания физиотерапевтической помощи военнослужащим ВС РФ в мирное время.

Материалы и методы: Проанализирована структура входящего пациентопотока на войсковом и госпитальном этапах оказания медицинской помощи военнослужащим на примере медицинской роты бригады со стационаром на 50 коек (ПМП) и военного госпиталя на 300 коек (СМП). Изучена плановая нуждаемость и фактический охват, объем и структура оказанной военнослужащим физиотерапевтической помощи. Проведен анализ причин расхождения плановой нуждаемости и фактического охвата, рассчитана потребность в силах и средствах, необходимых для оказания физиотерапевтической помощи. Всего изучено более 9650 документов.

Результаты и обсуждение: На ПМП этапе в структуре входящего пациентопотока преобладают заболевания дыхательной системы (41%), болезни костно-мышечной системы (16%), а также заболевания кожи и подкожной клетчатки (13%). На СМП этапе пациентопоток формируется преимущественно за счет заболеваний дыхательной системы (59%), болезней системы кровообращения (8%) и заболеваний костно-мышечной системы (7%). Нуждаемость в назначении военнослужащим физиотерапевтической помощи составляет 91% на ПМП этапе и 87% на СМП этапе. Фактический охват физиотерапевтической помощью военнослужащих на ПМП этапе оказания медпомощи составил 22% (24% от должного), а на СМП этапе 47% (54% от должного),что обусловлено, в первую очередь, низким уровнем информированности лечащих врачей о возможностях и направлениях применения современной физиотерапии. Средний показатель объема оказанной физиотерапевтической помощи на одного пролеченного военнослужащего составляет 7 и 15 процедур на ПМП и СМП этапах соответственно. В структуре программ физиотерапевтической помощи военнослужащим на ПМП этапе преобладают методы фототерапии(27%), а также низкочастотной (24%) и высокочастотной (22%) электротерапии. На СМП этапе в число

наиболее востребованных методов также входят магнитотерапия (13%), инфракрасная лазеротерапия (10%) и лечебный массаж (9%). Для обеспечения оптимальной организации физиотерапевтической помощи на ПМП этапе необходимо выделение одной штатной должности врача физиотерапевта и не менее двух специалистов среднего медперсонала на каждые 50 коек стационара медицинской роты либо на каждые 2500 человек закрепленного личного состава. На СМП этапе оказания медпомощи военнослужащим необходимо выделение двух штатных должностей врача физиотерапевта и не менее семи единиц среднего медперсонала на 300 коек госпитальной базы. В целях обеспечения оптимального охвата военнослужащих физиотерапевтической помощью на каждые 50 коек стационара медицинской роты необходимо наличие следующего оборудования: два аппарата для УВЧ терапии, два аппарата для КУФ облучения, либо один многоканальный аппарат, позволяющий одновременно выполнять процедуры КУФ облучения 2-4 пациентам, один многоканальный аппарат-комбайн для низкочастотной электротерапии, по одному аппарату для ультразвуковой терапии и СУФ облучения, а также один компрессорный ингалятор. На каждые 300 коек госпитальной базы необходимо наличие не менее двух многоканальных аппаратов-комбайнов для низкочастотной электротерапии с возможностью выполнения методов центральной импульсной электротерапии, три аппарата для УВЧ терапии, два аппарата для КУФ облучения, либо многоканальный аппарат, позволяющий одновременно выполнять процедуры КУФ облучения 2-4 пациентам, три компрессорных ингалятора небулайзерного типа и по одному аппарату для выполнения СВЧ-терапии, ультразвуковой терапии, местной дарсонвализации, низкочастотной магнитотерапии, высокочастотной магнитотерапии, СУФ облучения, инфракрасной лазеротерапии, парафинотерапии.

Выводы: Основными направлениями совершенствования системы организации физиотерапевтической помощи в ВС РФ являются: разработка и внедрение современных положений нормативно-правового регулирования системы оказания физиотерапевтической помощи военнослужащим; создание системы обучения и информационной поддержки врачебного персонала медицинской службы по вопросам применения физиотерапии на всех этапах оказания медпомощи военнослужащим; приведение организационно-штатной структуры физиотерапевтической службы и ее материально-технического оснащения, а также нормативной базы их регулирующей, в соответствие с современным состоянием пациентопотока и потребностями медицинской службы в рамках нового облика ВС РФ; разработка и внедрение современных доказательных технологий, клинических рекомендаций и стандартов оказания физиотерапевтической помощи для профилактики заболеваний, лечения и реабилитации военнослужащих.

Алексеев Д.Е., Алексеев Е.Д., Свистов Д.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ МАТРИКСОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИКВОРЕИ

Санкт-Петербург Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова»Министерства обороны Российской Федерации Кафедра и клиника нейрохирургии.

Цель исследования: изучение эффективности герметизации шва твердой мозговой оболочки при операциях на головном мозге с помощью коллагеновых материалов.

Материалы и методы: проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 41 пациента, оперированного по поводу различной хирургической патологии головного мозга. Критерием отбора пациентов стал факт вскрытия твердой мозговой оболочки во время оперативного вмешательства с её ушиванием без использования пластики на завершающем этапе операции.

Во всех наблюдениях для закрытия твердой мозговой оболочки применяли непрерывный петельный шов Ревердена-Мультановского с использованием микрохирургической техники. Длина шага непрерывного шва составляла 1,5-2 мм.В 24 (58,5 %) наблюдениях твердую мозговую оболочку ушивали атравматическим монофиламентным полипропиленовым шовным материалом (Prolene 5/0) без дополнительной герметизации линии шва.В 17 (41,5 %) наблюдениях для герметизации шва твердой мозговой оболочки использовали коллагеновые материалы как иностранных производителей (Duraform, «Codman»; Lyostypt, «BBraun»; Tachocomb, «Nycomed»), так и отечественного производства (Метурокол, «БЕЛКОЗИН»). При этом на шов укладывали полоски матрикса шириной 1,5-2 см в 1-2 слоя.

Качество герметизации восстановленной твердой мозговой оболочки оценивали на основании факта развития в послеоперационном периоде наружной ликвореи или появления подапоневротического скопления ликвора, требующего эвакуации.

Результаты и обсуждение. При использовании только монофиламентного полипропиленового шовного материала (Prolene 5/0) без дополнительной герметизации линии шва послеоперационная ликворея или ликворная подушка возникали в 10 (41,7 %). При использовании коллагеновых материалов ликворея возникла у 2 (11,8 %) пациентов (OR=5,3571; 95% ДИ 0,9946 - 28,8559; p=0,051).

Нами не было отмечено существенной разницы между эффективностью использования коллагеновых пластин разных производителей. Двойная упаковка коллагеновых материалов зарубежных производителей повышает безопасность работы в стерильных условиях операционной. Однако, рыночная стоимость отечественных коллагеновых материалов в десятки раз ниже зарубежных аналогов при, в целом, аналогичной эффективности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют близком к достоверному (p=0,051) снижении частоты послеоперационной ликвореи при использовании коллагенового матрикса. Таким образом, качество ликворостаза при дополнительной герметизации линии шва твердой мозговой оболочки с помощью коллагенового матрикса выше, чем при использовании только микрохирургического шва.

Алказ А.В.,Пташников Д.А., Ткаченко А.Н., Калимуллина А.Ф.

ПРОГНОЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

Артропластика коленного сустава – одна из самых широко распространенных операций в травматологии и ортопедии. Несмотря на детальную разработку методик артропластики коленного сустава, риск развития нагноения операционной раны остается высоким, что заставляет осуществлять поиск критериев выбора индивидуального подхода при предоперационной подготовке и ведении раннего послеоперационного периода. Цель работы: на основании прогноза и профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений хирургического вмешательства улучшить результаты артропластики коленного сустава.

За анализируемый период в клинике эндопротезы коленных суставов были имплантированы 814 пациентам в возрасте от 19 до 96 лет. При среднем возрасте больных 57,6 ± 7,2 лет большинство (637 чел. - 78,2%) пациентов составили женщины. Кроме патологии со стороны коленных суставов у 713 (87,6%) больных выявлялось не менее двух сопутствующих заболеваний. Наиболее частыми были, ИБС, гипертоническая болезнь,

сахарный диабет, что, несомненно, не могло не отразиться на течении послеоперационного периода.

Все больные перенесли операцию по замене коленного сустава. Летальных исходов не было. Осложнения в зоне операции развились у 43 из них (5,3%). Как правило, это были гематома (8 наблюдений), лимфорея (7 случаев), лигатурные свищи (у 8 пациентов). Нагноение послеоперационной раны констатировано у 20 больных (глубокое – в 6 наблюдениях и поверхностное в 14 случаях).

Выявлено, что развитие послеоперационных осложнений обусловливается следующими факторами: возраст, пол, характер и компенсация сопутствующей патологии, качество предоперационной подготовки, условия проведения и длительность операции, наличие интраоперационных осложнений, объем интраоперационной кровопотери и др.

Все эти критерии оценены количественно. На основании последнего создан программный продукт, позволяющий прогнозировать осложнения в зоне хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде. В дальнейшем был разработан и применен алгоритм прогноза и профилактики гнойных осложнений при эндопротезировании коленного сустава. Использование данного алгоритма в пилотном формате (211 пациентов прооперированы в 2013 году – проспективная группа исследований) позволило прогнозировать компликации с вероятностью 80%. В послеоперационном периоде местные инфекционные осложнения отмечены у 5 (2,4%) наблюдаемых. Т е удались достичь снижения их частоты почти в 2 раза.

Таким образом, прогноз развития ряда осложнений послеоперационного периода, а также выявление факторов риска возможны на основании количественной оценки прогностических критериев. Это позволяет на дооперационном этапе прогнозировать осложнения и целенаправленно заниматься их профилактикой до операции, во время вмешательства и после него.

Андреев Р.В., Цыган Н.В., Пелешок А.С., Яковлева В.А., Одинак М.М., Литвиненко И.В., Хубулава Г.Г.

ОТСРОЧЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Наиболее распространенным клиническим типом послеоперационной мозговой дисфункции являются отсроченные когнитивные нарушения, которые, по данным литературы, развиваются у 36-69% пациентов после операций по поводу приобретенных пороков клапанов сердца.

Цель исследования: Изучить частоту отсроченных когнитивных нарушений после операций по поводу приобретенных пороков клапанов сердца.

Материалы и методы: Нами обследовано 47 пациентов (20 женщин и 27 мужчин) в возрасте от 20 до 81 года, у которых были ранее диагностированы приобретенные пороки клапанов сердца. Операции по протезированию аортального клапана были выполнены 20 пациентам (с имплантацией механического протеза – 15 пациентам, биологического протеза – 5 пациентам), операции по протезированию митрального клапана – 9 пациентам (с имплантацией механического протеза – 7 пациентам, биологического протеза – 2 пациентам), протезированию аортального и митрального клапанов были выполнены 3 пациентам (с имплантацией механических протезов – 1 пациенту, биологических протезов – 2 пациентам), протезированию митрального и трикуспидального клапанов с имплантацией биологических протезов – 1 пациенту, пластика митрального клапана – 12 пациентам, пластика митрального и аотрального клапанов – 1 пациенту, пластика митрального и трикуспидального клапанов – 1 пациенту. Все операции были осуществлены в условиях искусственного кровообращения. Оценку неврологического статуса по шкале NIHSS

проводили за 2-3 сут до операции и через 3 сут после операции. Оценку когнитивных функций производили всем пациентам по шкале MoCA и батарее FAB за 2-3 сут до операции и через 7-10 сут после операции. Для исключения клинически значимой депрессии и клинически значимой тревоги проводили оценку по шкале HADS за 2-3 сут до операции и через 7-10 сут после операции.

Результаты: У всех обследованных пациентов отсутствовали признаки острого нарушения мозгового кровообращения, клинически значимой тревоги и клинически значимой депрессии. У 11 (23,4%) пациентов были диагностированы отсроченные когнитивные нарушения в виде уменьшения результатов по шкале MoCA на 3-4 балла (7 пациентов), по шкале FAB на 2 балла (3 пациента). Сочетанное ухудшение по шкале MoCA и батарее FAB наблюдалось у 1 пациента. Отсроченные когнитивные нарушения развились после протезирования аортального клапана механическим протезом у 7 (47%) пациентов, протезирования аортального клапана биологическим протезом – у 2 (40%) пациентов, протезирования митрального клапана механическим протезом – у 1 (14%) пациента, пластики митрального клапана – у 1 (8%) пациента. После других операций по протезированию и пластике клапанов сердца не были диагностированы отсроченные когнитивные нарушения.

Вывод: По результатам динамического нейропсихологического обследования частота отсроченных когнитивных нарушений после операций по поводу приобретенных пороков клапанов сердца составила 23,4%, после операций протезирования аортального клапана – 45%. Для сравнения, по данным предшествовавшего исследования, отсроченные когнитивные нарушения развиваются после 48% операций коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. Таким образом, среди операций по поводу приобретенных пороков клапанов сердца протезирование аортального клапана наиболее часто сопровождается развитием отсроченных когнитивных нарушений в структуре послеоперационной мозговой дисфункции.

Антонова О.В., Трофимова П.Н., Хайрутдинова В.Р., Белоусова И.Э., Самцова А.В.

РОЛЬ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра кожных и венерических болезней. ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» МЗ РФ

В коже были выявлены различные субпопуляции дендритных клеток (ДК), отличающиеся по морфологии, локализации, набору поверхностных маркеров и функциям. На сегодняшний день не существует общепринятой классификации ДК. Изучение субпопуляций ДК имеет важное значение для понимания патогенеза таких воспалительных дерматозов как красная волчанка, атопический дерматит и псориаз.

При атопическом дерматите (АД) в пораженной коже встречаются клетки Лангерганса и воспалительные дендритные эпидермальные клетки (ВДЭК). В очагах кожи при АД отсутствуют плазмоцитоидные ДК (пДК), играющие важную роль в защите организма от вирусных инфекций. Можно предположить, что именно с этим связана такая высокая подверженность пациентов вирусным инфекциям кожи, а также их более тяжелому течению.

У пациентов с бляшечным псориазом на ранних этапах воспаления встречаются пДК. Но основными представителями воспалительного инфильтрата кожи являются миелоидные ДК (мДК). Наиболее многочисленная субпопуляция представлена CDllc+- клетками, которые являются основным источником продукции ФНО-а. Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+)

в коже больных псориазом, взаимодействуя с моноцитами периферической крови, индуцируют их дифференцировку в TipDCs (CD11c+).

При красной волчанке (КВ) в пораженной коже присутствуют пДК и ВДЭК. Предполагается, что пДК играют важную роль в патогенезе КВ. Избыточная экспрессия IFN-адендритными клетками является ключевым моментом в нарушении иммунной регуляции. Полагают, что IFN-аи пДК могут стать новой терапевтической мишенью при КВ.

Вывод: понимание происхождения, гомеостаза, функций и патогенетической роли ДК при воспалительных дерматозах обусловливает новые возможности в развитии таргетной терапии.

Антушевич А.Е., Крючкова А.С., Аржавкина Л.Г., Жекалов А.Н., Лянгинен Л.В.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ГЛУТОКСИМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЖИВОТНЫХ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ИПРИТОМ

Санкт-Петербург, ФГБВОУ высшего образования Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ

В настоящее время практически отсутствуютэффективные медикаментозные средствапрофилактики и коррекции возможных иммунных нарушений, обусловленных воздействием на организм неблагоприятных факторов химической и физической природы в дозах, не вызывающих клинические проявления. В этой связи целью настоящей работы являлось экспериментальное обоснование возможности использования препаратов группы Глутоксим в качестве средств коррекции гематологического синдрома и функционально-метаболического статуса нейтрофильных гранулоцитов периферической крови при воздействии на организм сильнодействующего ядовитого вещества иприт в субтоксических дозах.

В опытах использовали взрослых рандомбредных белых крыс- самцов массой 180 - 220 г, поставленных из питомника "Рапполово" РАМН. Для затравки животных был использован азотистый иприт. Получение нужной концентрации иприта достигалось разведением токсиканта 50%-ным этиловым спиртом. Спиртовый раствор иприта в дозе 1,8 мг/кг вводили экспериментальным животным в хвостовую вену. ПрепаратыГлутоксим и Моликсан - лекарственные формы для инъекций (1%) в дозе 6 мг/кг вводили внутрибрюшинно 1 раз в сутки в течение 4 сут. Начало введения - за 2 сут до затравки и в течение 2 сут после. Забор крови для лабораторных исследований осуществляли из хвостовой вены путем надреза до и после введения изучаемых препаратов, а также на 1-е, 5-е и 10-е сутки после затравки животных ипритом.

В результате проведенного исследования установлено, что введение иприта вызывало снижение общего количества лейкоцитов. В то же время предварительное введение исследуемых препаратов существенно уменьшало выраженность наблюдаемых после химической травмы гематологических нарушений.

Так, уже на первые сутки после затравки ипритом “Глутоксим”, а в большей степени “Моликсан” значительно уменьшали выраженность лейкопении химической этиологии. На 5-е сутки после затравки общее содержание лейкоцитов при применении препарата “Глутоксим” было практически в 1.7 раза, а при использовании препарата “Моликсан” в 1.5 раза выше, чем у животных, не получавших лечение. К 10-ым суткам эксперимента содержание лейкоцитов периферической крови восстанавливалось у животных всех исследуемых групп, а у крыс, получавших препараты, величина данного показателя была даже выше исходного (до затравки) уровня.

Астапова М.К., Остроменский В.В., Каплун И.Б.

СОСТОЯНИЕ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ.

Санкт-Петербург, ЛПУ «Родильный дом №2», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

За последние годы в акушерско-гинекологической практике возросло число хирургических вмешательств на матке таких, как кесарево сечение (КС), миомэктомия и других реконструктивно-пластических операций. Это неизбежно приводит к появлению у женщин репродуктивного возраста рубца на матке, который в большинстве случаев служит показанием для проведения абдоминального родоразрешения, что, безусловно, повышает риски развития различных осложнений в послеродовом периоде. Поэтому формирование полноценного рубца на матке является актуальной задачей акушеров-гинекологов для возможности будущего родоразрешения таких пациенток через естественные родовые пути.
Цель исследования: Изучить влияния метода аргоноплазменной коагуляции (АПК) шва на матке после КС на течение послеоперационного периода, репаративных процессов и формирование рубца. Проведено обследование 64 женщин с рубцом на матке за период 2013-2015 гг., родоразрешенных путем операции КС. Из них у 33 пациенток во время предыдущего КС была проведена АПК шва на матке – основная группа (ОГ) (средний возраст – 31,4±3,9 лет). Контрольная группа (КГ) - 31 пациентка, у которых предыдущее КС было проведено по стандартной методике (средний возраст - 32,4±4,6 лет). Для определения состояния рубца на матке произведено морфологическое исследование биоптатов матки, полученных при повторном КС, у пациенток исследуемых групп.

Результаты исследования: Группы были сопоставимы по возрасту, массе тела, росту, гинекологическому и соматическому анамнезу. В ходе обработки данных было выявлено, что средняя длительность операции КС в основной группе составила 38±10,8 мин, в контрольной группе она была значительно больше – 50,5±16,1 мин. Средняя кровопотеря во время операции в основной группе была достоверно ниже, чем в контрольной (434,2±77,0 мл и 656,5±102,3 мл соответственно). Дефект передней стенки матки был ушит однорядным непрерывным швом в 54,5% случаев ОГ и в 66,7% в КГ, во всех остальных случаях накладывался двухрядный шов. Средняя продолжительность болевого синдрома (БС) в послеоперационном периоде в ОГ составила 1,1±0,9 сут, в КГ - 4±1,3 суток. Длительность пребывания в стационаре после родоразрешения в ОГ была несколько ниже, чем в контрольной группе – 4,5±0,75 к.д. и 5±1,35 к.д. соответственно. Проведенный корреляционный анализ указывает на жесткую корреляционную связь между продолжительностью БС и количеством койко-дней после родов ($p \leq 0,005$). По данным морфологического исследования в биоптатах ОГ в 25% преобладала гладкомышечная ткань с хорошей васкуляризацией, в 50% - гладкомышечная ткань с лимфоцитарной инфильтрацией, миометрий со склерозом и миометрий с расстройствами кровообращения встречались с равной частотой - 12,5%. Вместе с тем, в КГ в 57,14% случаев наблюдалось замещение гладкомышечной ткани грубоволокнистой соединительной тканью, а в остальных биоптатах определялся миометрий с участками фиброза.

Выводы: 1. Применение АПК улучшает течение послеоперационного периода за счет уменьшения времени операции, кровопотери и длительности болевого синдрома, тем самым сокращая время пребывания родильницы в стационаре. 2. Интраоперационная обработка аргоном шва на матке создает благоприятные условия для формирования полноценного рубца за счет улучшения репаративных процессов. 3. Использование аргоноплазменной коагуляции во время кесарева сечения создает реальные предпосылки для ведения последующих родов через естественные родовые пути.

Асфендиаров Д.Д.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СОВРЕМЕННЫМИ СТРЕЛКОВЫМИ БОЕПРИПАСАМИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

В военной челюстно-лицевой хирургии непрерывное исследование огнестрельных повреждений актуально в связи с регулярной разработкой и выпуском новых образцов стрелкового оружия, изменением их характеристик, и, как следствие, особенностей ранений от их боеприпасов.

Проведено экспериментальное исследование особенностей огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области, объектами которого явились небиологические имитаторы мягких тканей (желатиновые и мыльные блоки), костно-мышечные препараты челюстно-лицевой области и животные (свиньи). Огнестрельные повреждения формировали с расстояния 5 метров из нового пистолета ГШ-18 (Грязева-Шипунова) 9,0 мм с полуоболочечной пулей и начальной скоростью 600м/с и обычного пистолета ПМ 9,0 мм с начальной скоростью пули 300м/с.

В результате изменения конструкции и баллистических характеристик повреждающее действие нового боеприпаса заметно возросло, что проявилось на небиологических имитаторах мягких тканей в увеличении объема временной пульсирующей полости в 3,84 раза и остаточной полости в 5,77 раз, увеличением входного отверстия в 1,73-1,74 раза и выходного в 2,44-2,58 раз.

Повреждения мягких тканей, нанесенные новым боеприпасом на костно-мышечных препаратах челюстно-лицевой области, отличаются большим размером входного отверстия в 1,17 – 2,25 раза и выходного в 3,31 – 3,57 раз по сравнению с обычным боеприпасом, а также их разнообразной формой. Повреждения костей лицевого скелета характеризуются увеличением дефекта кости (в пределах 4-6 зубов), количества мелких осколков, появлением крупных трещин, большого количества вторичных ранящих снарядов из-за возможности демонтажа пули ГШ-18 и высокой контактной скорости.

Повреждения мягких тканей животных, нанесенные из ГШ-18 характеризуются увеличением размера входной раны в 1,7-1,9 раза, выходной – 1,8-2,0 раза, большим в 1,32-1,42 раза размером гематом вокруг них, морфологически выявленным расширением зоны первичного некроза и образованием обширной зоны “бокового удара” с участками массивных кровоизлияний, разрушенными кровеносными сосудами. При повреждении верхней челюсти размер дефекта кости в области входной раны больше в 1,36-1,4 раза, в области выходной в 1,39-1,43 раза.

Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что современные повреждения преимущественно сочетанные из–за высокой кинетической энергии боеприпасов, вероятного демонтажа пули, большого количества вторичных ранящих снарядов. Поэтому при обследовании раненых из стрелкового оружия обязательно комплексное клиническое и рентгенологическое исследование области головы и шеи (КТ). Очевидно, что объем первичной хирургической обработки таких ран расширится по причине увеличения размеров входных и выходных повреждений, образования дополнительных раневых каналов и выраженной зоны первичного некроза. Увеличение частоты образования дефектов мягких и костных тканей потребует долгосрочной госпитализации и проведения различных видов пластики, что значительно увеличит сроки медико-социальной реабилитации челюстно-лицевых раненых.

Бабак О.Н., Антонов Д.В., Лагвилава Т.О., Магамедов И.Д., Торчинов К.Э., Чуб В.Ю., Чурзин О.А.

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ КОНТРЛАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», отделение сосудистой хирургии

Цель исследования:Оценить динамику неврологической симптоматики и степень риска оперативных вмешательств у больных с гемодинамически значимыми стенозами внутренней сонной артерии (ВСА) на фоне контрлатеральной окклюзии ВСА.

Материалы и методы:В отделении сосудистой хирургии за период с 2012 по 2014гг выполнено 114 вмешательств на брахиоцефальных артериях (БЦА). Из них с контрлатеральной окклюзией ВСА - 16 пациентов. Средний возраст данной группы составил 78 лет. Все 16 пациентов имели в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), на стороне окклюзии ВСА процент ранее состоявшихся ОНМК составил 12 (75%), на стороне стеноза ВСА 4 (25%). Клинически все пациенты имели выраженные проявления дисциркуляторной энцефалопатии(ДЭ), у 8 больных (50%) регистрировались транзиторные ишемические атаки (ТИА).

Всем пациентам проводился интраоперационный нейромониторинг церебральным оксиметром (ЦО) фирмы «Covidien” INVOS 5100 C. Дооперационный неврологический статус оценивался неврологом.

Степень стеноза ВСА колебалась от 70 до 95%. Каротидная эверсионная эндартерэктомия (КЭЭАЭ) выполнялась 14 пациентам, в двух случаях применена классическая каротидная эндартерэктомия с использованием заплаты из ПТФЭ в одном случае и аутовены в другом. Среднее время пережатия сонных артерий составило 25,8 (22,4-29,3) минут.

Значение показателей ЦО на момент временного пережатия ВСА на стороне операции находилось в допустимых пределах (выше 40%), что позволяло не использовать временный внутрипросветный шунт во всех случаях. Послеоперационный период составил 7-10 дней.

Результаты:У всех оперированных больных ранний послеоперационный период протекал гладко. Интраоперационных ОНМК, ТИА в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. Летальных исходов не было. Из зафиксированных местных осложнений: у одного пациента развилась подкожная не напряженная гематома, которая не требовала оперативного вмешательства, самостоятельно лизировалась; у двух пациентов имел место частичный парез подъязычного нерва, который значительно регрессировал ко дню выписки. В отдаленном периоде (от 6 до 24 месяцев), гемодинамически значимых рестенозов в зоне реконструкции не выявлено. У оперированных пациентов отмечалось улучшение качества жизни в виде регресса неврологических проявлений как, отсутствия повторных ТИА и ОНМК.

Выводы:Пациентам с контрлатеральной окклюзией необходимо интраоперационно проводить нейромониторинг с использованием церебрального оксиметра. Церебральная оксиметрия — это информативный, неинвазивный и удобный метод нейромониторинга при операциях на сонных артериях. Он позволяет оценить изменения оксигенации головного мозга во время прекращения кровотока по сонным артериям, а также необходимость использования временного внутрипросветного шунта. Исследованная категория больных достаточно толерантна к временному прекращению кровотока по единственной функционирующей ВСА и применение временного внутрипросветного шунта не является абсолютным показанием.

Бабак О.Н., Антонов Д. В., Лагвилава Т.О., Магамедов И.Д., Торчинов К.Э., Чуб В.Ю., Чурзин О.А.

АНАЛИЗ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», отделение сосудистой хирургии

Хирургическое лечение хронической мозговой сосудистой недостаточности (ХМСН) актуальная тема в связи с высокой частотой встречаемости ишемического инсульта, связанного с патологией брахицефальных сосудов (БЦС).

Цель работы: анализ ранних послеоперационных осложнений у больных после различных видов коррекции стенозирующих поражений БЦС с целью оптимизации хирургической тактики и техники выполнения хирургических вмешательств.

Материалы и методы: с 2012 по 2014 гг. выполнено 114 вмешательств на БЦС. Возраст больных варьировал от 58 до 82 лет, средний возраст 65,3 лет. По поводу стеноза ВСА (73 больных, 64 % случаев) выполнены 71 эверсионная каротидная эндартерэктомия (ЭКЭАЭ), 2 классических КЭАЭ, 1 протезирование ВСА протезом из политетрафторэтилена (ПТФЭ), при перегибах ВСА выполнено 17 резекций ВСА. При окклюзии 1-го сегмента подключичной артерии (ПкА) выполнено 4 сонно-подключичных шунтирования, 8 транспозиций ПкА в общую сонную артерию (ОСА). При гемодинамически значимых поражениях позвоночной артерии (ПА) выполнено 8 транспозиций ПА в ОСА, 4 транспозиции ПА в ПкА. Послеоперационные осложнения были разделены на 3 группы: 1. Фатальные осложнения (ОНМК и летальный исход), 2. Осложнения со стороны операционной раны, 3. Осложнения со стороны черепномозговых нервов (парезы VII, XII нервов).

В первой группе фатальных осложнений периоперационные инсульты, подтвержденные КТ головного мозга, возникли у 3-х больных, двое из них умерли. Причиной развития ОНМК очевидно явились технические погрешности выполнения основного этапа КЭАЭ (эмболия сосудов головного мозга остатками атероматозной бляшки) В 2-х случаях летальный исход наступил вследствие других причин: 1 — массивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), 1 — внезапная коронарная смерть через 1 сутки после КЭАЭ. Таким образом суммарно фатальные осложнения составили 4,3%.

Во второй группе осложнений были гематомы п\о раны в раннем п\о периоде — 3. В одном случае потребовалась интубация трахеи из-за нарушений дыхания. Во второй группе летальных исходов не было. Причиной формирования гематом операционной раны явилась неконтролируемая артериальная гипертензия в раннем п/о периоде. В одном случае наблюдалась стойкая лимфорея из раны и хилоторакс после транспозиции левой ПА в ПкА, что потребовало ряда пункций плевральной полости.

В 3 группе послеоперационные осложнения в виде частичных парезов черепномозговых нервов зафиксированы у 13 больных, которые еще на госпитальном этапе разрешились или имели значительную тенденцию к уменьшению.

Таким образом послеоперационная летальность составила 3,5%. Суммарный риск летального исхода и инсульта составил 4,3%. В отдаленном периоде ОНМК не отмечено.

Выводы: анализ ранних послеоперационных осложнений показывает, что необходимо очень тщательно выполнять основной этап оперативного пособия, применяя прецизионную технику оперирования с обязательным использованием интраоперационной оптики, осуществлять тщательный контроль гемостаза в конце операции, активно применять управляемую гипотензивную терапию в раннем п\о периоде, максимально избегать контакта со стволами черепномозговых нервов в операционной ране.

Бабак А.В., Гайдук С.В., Дюбкин С.В., Першин В.Н., Теницкий П.В., Слесарева Е.Г., Цепкова Г.А.

ПРЕИМУЩЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ ПЕРЕД МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

г.Санкт-Петербург, Кафедра военно-полевой терапии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Ожирение ассоциировано с повышением риска развития сахарного диабета, дислипидемии, артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний, остеоартроза, нескольких видов онкологической патологии, что приводит к повышенному риску общей смертности.

Ожирение, наряду с артериальной гипертензиейявляются одним из составляющих компонентов метаболического синдрома, распространенность которого в популяции достигла эпидемических масштабов. Широко известно (преимущественно по результатам обсервационных и эпидемиологических исследований), что снижение веса улучшает течение сахарного диабета, артериальной гипертензии и других факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. В настоящее время существуют несколько подходов к снижению веса (модификация образа жизни, медикаментозный, хирургический), которые воздействуют на разные звенья в патогенезе ожирения, и имеют неравнозначную эффективность.

Снижение веса путем медикаментозных интервенций было парадоксально ассоциировано с увеличением частоты сердечно-сосудистых событий, а снижение веса путем модификации образа жизни не показало ожидаемого снижения частоты кардиоваскулярных событий в исследуемых группах. В настоящее время наиболее эффективным по динамике и стойкости снижения веса методом лечения ожирения являются операции бариатрической хирургии, направленные на модификацию анатомии ЖКТ. Особый интерес для современной медицины представляет взаимосвязь физиологических сдвигов после проведения бариатрических вмешательств и сердечно-сосудистая коморбидность пациентов. Из современных исследований известно, что бариатрическая хирургия приводит к ряду метаболических сдвигов (ремиссия СД 2 типа, уменьшение инсулинорезистентности и дислипидемии, снижение воспаления и эндотелиальной дисфункции), что проявляется в функциональных улучшениях (уменьшение гипертензии и симпатической гиперактивности, гипертрофии миокарда желудочков), что объясняет протективные эффекты относительно сердечно-сосудистых заболеваний.

Однако, патогенетические механизмы лечебных эффектов бариатрической хирургии остаются недостаточно изученными. Дальнейшие исследования этих механизмов позволит более комплексно подходить к проблеме лечения ожирения и критериям выбора того или иного типа бариатрических вмешательств, а также определить место бариатрических методов в лечении различной сердечно-сосудистой коморбидности пациентов.

Бальберт А.А.[1], Шахметова О.А.[2], Коваленко А.П.[3], Мисиков В.К.[4]

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ БОТУЛОТОКСИНОМ ПОД КОНТРОЛЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

[1]г. Екатеринбург,ГБУЗ СО "СОКП Госпиталь для ветеранов войн", [2]г. Санкт-Петербург, Международный медицинский центр «СОГАЗ», [3]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней, [4]г. Москва, Московский Областной Научно-Исследовательский Клинический Институт им.М.Ф. Владимирского, кафедра неврологии.

С целью повышения результативности лечения синдрома грушевидной мышцы с помощью введения в нее ботулотоксина типа А при использовании компьютерно-томографического (КТ) контроля проведено сравнительное исследование двух рандомизированных групп пациентов, по 40 человек в каждой, сопоставимых по целому ряду клинических и демографических показателей.

Представители обеих групп, основной и сравнения, страдали синдромом грушевидной мышцы, люмбоишиалшией на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника; у всех боли иррадиировали по ходу седалищного нерва, отмечалась болезненность при пальпации в проекции грушевидной мышцы, имели место характерные положительные симптомы Бонне-Бобровниковой (снижение амплитуды движения и болезненность при пассивном приведение бедра с одновременной ротацией его внутрь) и Виленкина (боль по задней поверхности ноги при перкуссии в точке грушевидной мышцы). Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение препаратами Мовалис в дозе 15 мг/ сут. и Мидокалм в дозе 450 мг/сут., а также физиотерапевтическое лечение. Дополнительно всем пациентам основной группы в заинтересованную грушевидную мышцу (справа или слева) вводился ботулотоксин типа А, (препарат Ксеомин в дозе 50 ед.), и при этом для визуализации «мишени» и контроля точности введения препарата в мышцу использовался спиральный компьютерный томограф SiemensEmotionDuo. Оценивалась традиционная схема блокирования, основанная на использовании внешних, костных ориентиров-точек: задняя подвздошная ость, седалищный бугор, большой вертел. Было выявлено, что ни в одном из случаев положение грушивидной мышцы не соответствовало общепринятым анатомическим ориентирам, дивергенция между точкой предполагаемой точкой введения по анатомическим ориентирам и проекцией мышцы верифицированной на КТ варьировалась от 4 до 8 см. Была выявлена значительная вариабельность положения середины брюшка грушевидной мышцы относительно кожного покрова от 4 до 10 см. В связи с этим точное введение лекарственного препарата без КТ-контроля представлялось невозможным. В итоге во всех случаях ботулотоксин типа А был введен точно в грушевидную мышцу. При осмотре пациентов в динамике, через две недели, отчетливый регресс болевых ощущений отмечен у 22 (88%) представителей основной группы наблюдений, и только у 5 (20%) пациентов группы сравнения. Среди представителей основной группы в 17 (68%) наблюдениях регрессировали симптомы Боне-Бобровниковой и в 24 (96%) - симптомы Виленкина. В группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно 3 (12%) и 4 (16%); $p<0,05$.

Таким образом, точное введение ботулотоксина типа А в грушевидную мышцу при визуализационном КТ-контроле обеспечивает наилучшие результаты лечения и может быть широко рекомендовано в медицинскую практику.

Баразенко К.В., Лисицына Е.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И УСПЕШНОСТИ ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Особую актуальность в настоящее время приобретает разработка методов прогнозирования успешности социальной адаптации подростков и возможно более раннее выявление особенностей развития личности, способных в дальнейшем привести к нарушениям процессов адаптации. А также разработки и внедрения методов прогнозирования, диагностики и последующей коррекции процессов, способных привести к срыву адаптации и невозможности дальнейшего обучения.

Актуальность данной темы определяется тем, что в настоящее время обучение в образовательных заведениях предъявляет высокие требования к психологическому и психофизиологическому состоянию учащихся.

Из года в год увеличивается число учащихся, испытывающих осложнения в адаптации. Нарушения адаптации могут проявляться в самых различных сферах, например, в деятельностной, коммуникативной сферах, а также в снижении уровня здоровья и нарушениях дисциплины. Например, среди обучающихся, имеющих проблемы с успеваемостью, около 85% имеют признаки нарушения адаптации.

Вместе с тем, опыт позволяет утверждать, что своевременное оказание психологической помощи обучающимся, испытывающим затруднения адаптации к учебному процессу, позволяет купировать многие негативные явления и тенденции, способствует повышению успеваемости.

Нами были использованы следующие методы исследования: шкала актуальной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, методика определения уровня субъективного контроля; социально-психологическое обследование (социометрия, анкета динамического наблюдения, определение мотивации к профессиональной ориентации («Карта интересов»), субъективная оценка социально-бытовых условий воспитания в семье). Наличие высокой мотивации к учебе лежит в основе успешной адаптации к учебному процессу, как следствие, благополучного психологического состояния учащихся.

Акцентуации характера (по А.Е. Личко) являются крайним вариантом нормы психического здоровья человека и делают его избирательно уязвимым к определенным психотравмирующим воздействиям. Выраженные акцентуации формируют преморбидный фон, который, в свою очередь, может затруднить процессы социально-психологической адаптации и привести к нарушению психического здоровья учащихся.

Анализ полученных данных показывает, что в старших классах общеобразовательных школ, выше процент шизоидных акцентуантов. Число лиц, имеющих акцентуации истероидного, конформного и неустойчивого типа, напротив, со временем уменьшается. Такие изменения могут объясняться, на наш взгляд, формированием акцентуаций по типу «амальгамы», когда индивид подавляет, вытесняет имеющиеся у него черты характера, которые неприемлемы или дезадаптивны в данных условиях, и активно формирует у себя черты, помогающие адаптироваться к требованиям коллектива.

В ходе данного исследования были сделаны следующие выводы: основным фактором, влияющим на успешность учебной деятельности, являются мотивационные установки личности учащихся. В ходе учебного процесса происходит естественный отсев учащихся с определёнными чертами характера, препятствующими успешной адаптации в условиях учебного коллектива. При организации учебного процесса необходимо уделять особое внимание структуре мотивационных установок, особенностям характера (наличие черт, осложняющих адаптацию к учёбе) и особенностям микросоциального окружения, в котором ранее воспитывается подросток.

Бардаков С.Н.[1,2],ЖиволуповС.А.[1], Лапин С.В.[3], Булгакова Т.В[3]. Самарцев И.Н.[1]

КОМОРБИДНОСТЬ МИАСТЕНИИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА

[1]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней.

[2] г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нефрологии и эфферентной терапии.

[3] г. Санкт-Петербург,СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, НМЦ по Молекулярной Медицине.

В основе патогенеза приобретенной миастении, как и большинства хронических аутоиммунных заболеваний, лежит нарушение регуляции и негативной селекции лимфоцитов, что приводит к увеличению количества аутореактивных Т-клеток, их созреванию и активации на периферии с последующимзапуском продукции аутоантител В-клетками. При этом формируется широкий спектр аутоиммунных антител со значительным преобладанием специфических антител, ответственных за развитием основных клинических проявлений миастении (антитела к ацетилхолиновым рецепторам, титину, рианодину, мышечной специфической тирозинкиназе, рапсину). Сопутствующие аутоантитела составляют группу естественных аутоантител и группу антител определяющих спектр коморбидных состояний миастении.

Цель работы: изучить встречаемость неспецифических аутоантител у больных миастенией и оценить связь с наличием сопутствующих аутоиммунных заболеваний.

Объекты и методы: *Обследовано 26 человек с диагнозом миастения: глазная форма – 6 (23,1%); генерализованная форма 20 (76,9,9%) пациентов. Гендерное соотношение: 15 мужчин (57,6%) и 11 женщин (42,3%). Возраст больных от 18-87 лет.*
В образцах сыворотки крови пациентов с миастенией определяли уровень не специфических аутоантител методами непрямого иммунофлюоресцентного (нМФА) и иммуноферментного анализов.

Результаты. Большая часть пациентов с миастенией (80,8%) характеризовалась наличием сопутствующих неспецифических аутоантител, при этом группа пациентов без сопутствующих антител имела равное гендерное соотношение. Наиболее часто выявляемым видом аутоантител являются антитела к гладкой мускулатуре (46,1%) и к антинуклеарному фактору (38,4%) с преобладанием гранулярного типа свечения (60%). Антитела к микросомам фракции тироцитов встречались в 30,7% случаев, при этом сочетание с антителами к тиреоглобулину наблюдалось в 20% случаев, при наличии у сходного количества пациентов аутоиммунного тиреоидита. Преобладания женщин в исследуемой группе не выявлено, как представлено в литературе. Менее распространенными были антитела к энвоплакину (11,5%), эластину (7,6%), антитела к центромерам (3,8%).

Заключение. Таким образом, для пациентов с миастенией характерен широкий спектр аутоантител, часть из которых определяет развитием сопутствующих аутоиммунных заболеваний. Оставшаяся доля антител, условно обозначаемая как естественные аутоантитела, является предиктором для временного или хронического нарушения гомеостаза иммунной системы при увеличении количества чужеродного антигенаили повышения концентрации эндогенных антигенов.

Бардаков С.Н.[1,2],ЖиволуповС.А.[2], Лапин С.В.[3], Булгакова Т.В[3].

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АУТОАНТИТЕЛА ПРИ МИАСТЕНИИ

[1]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней.

[2] г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нефрологии и эфферентной терапии.

[3] г. Санкт-Петербург,СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, НМЦ по Молекулярной Медицине.

Ведущим звеном патогенеза приобретенной миастении является выработка специфических антител к ацетилхолиновым рецепторам, мышечной специфической тирозинкиназе, белку 4 ассоциированному с рецептором к липопротеидам низкой плотности, групповым антигенам скелетной мускулатуры, титину. Разнообразие этих антител определяет выраженность клинических проявлений, внутринозологическую гетерогенность, а так же ответ на различные методы терапии.

Цель работы: изучить встречаемость и величины титров специфических аутоантител у больных миастенией.

Объекты и методы: Обследовано 47 человек с диагнозом миастения: глазная форма – 9 (19,14%); генерализованная форма 38 (80,9%) пациентов. Гендерное соотношение: 25 мужчин (53,19%) и 22 женщин (46,8%). Возраст больных от 18-87 лет.

В образцах сыворотки крови пациентов определяли уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам (АцХР) методами иммуноферментного (ИФА) и радиоиммунного анализа (РИА); антитела к MuSK – методом РИА; антитела к титину/антигенам скелетной мускулатуры (StA) – методами непрямого иммунофлюоресцентного анализа (нМФА) и иммуноблоттинга; к белку 4 ассоциированному с рецепторами липопротеидов низкой плотности (LRP4) методом нМФА.

Результаты. Антитела к АцХР выявлены у 38 (80,85%) пациентов, составивших серопозитивную группу со средним значением 18,61 нмоль/л, в серонегативную группу вошли 9 (19,14%) пациентов. Антитела к StA выявлены у 24 (51,06%) пациентов со средним значением 1/1643,3, при этом у 15 из них определялись антитела к титину (62,5%). В группе серонегативных пациентов антитела к StA выявлены только у 2 (22,2%) со средним значением 1/100. MuSK–, LRP4 – позитивных пациентов не выявлено. При исследование различных форм миастении выявлено, что титры антител к АцХР выше при генерализованной миастении – 20,6 нмоль/л, чем при глазной форме – 7,06 нмоль/л ($p<0,05$). При этом антитела к титину у пациентов с генерализованной формой выявлены в 15 (39,47%) случаев, а антитела к StA в 22 (57,89%) случаев, в сравнении с глазной формой, характеризующейся антителами к StA в 2 (28,5%) случаев. Значения антител к StA достоверно выше у пациентов с генерализованной, чем у пациентов с глазной (1701,8 к 1000) формой. При сравнении пациентов с ранним началом миастении 11 (23,4%) с пациентами с поздним началом 33 (70,21%), выявлено отсутствие достоверных различий по величине значений антител к АцХР (18,64 к 17,39 нмоль/л), тогда как, антитела к StA и титину определялись у 19 (57,57%) и 14 (42,42%) пациентов с миастенией позднего возраста. У пациентов с ранним началом миастении выявлены антитела к StA в 2 (18,18%) случаев, с величиной значений достоверно ниже, чем в группе с поздним началом (1/100 к 1/2037). Для пациентов с миастенией ассоциированной с тимомой 3 (6,38%) значения антител к АцХР были выше, чем в остальных группах – 28,24 нмоль/л. Достоверной корреляции между уровнем антител к АцХР, StA, титину и степенью тяжести клинических проявлений миастении не выявлено.

Заключение. Таким образом, иммунологические характеристики исследуемых пациентов соответствуют литературным данным, а для пациентов серонегативной группы вероятно характерны низкоаффинные антитела.

Бардаков С.Н.[1,2], Чолария Н.Х.[2], Рашидов Н.А.[1],Воробьева М.Н.[1]

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ СИНДРОМА МИЛЛЕРА-ФИШЕРА

[1]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней.

[2]г. Санкт-Петербург,Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нефрологии и эфферентной терапии.

Одной из редких форм острых воспалительных полирадикулоневропатий является синдром Миллера-Фишера (МФС), встречающийся в 3-5% случаев среди пациентов европейской популяции. Данный синдром характеризуется острым развитием наружной офтальмоплегии, атаксии, арефлексии/гипорефлексии, вследствие монофазного повышением уровня антител к ганглиозиду GQ1b, вызывающим демиелинизацию, преимущественно, краниальных нервов.

Цель работы: представить описание клинического случая синдрома Миллера-Фишера, характеризующегося аксональным поражением периферических нервов, ассоциированным с наличием антител к сульфатиду.

Объекты и методы: обследована больная Г., 32 лет, национальность - казашка. Выполнен неврологический осмотр, исследование уровня аутоантител к ганглиозидам, ацителхолиновым рецепторам, маркерам ревматических заболеваний, электрофорез белков сыворотки крови с иммуннофиксацией, электронейромиография, исследование кала на дисбактериоз.

Результаты. Спустя две недели после острого респираторного заболевания с синдромом энтерита у больной Г. появилось двоение и незначительный симметричный птоз век с последующим нарастанием выраженности и присоединением бульбарного синдрома. В течение недели появилась неустойчивость при ходьбе, мышечная слабость в проксимальных отделах верхних конечностей и затруднение дыхания в связи с чем, больная госпитализирована в отделение реанимации, где начата искусственная вентиляция легких.

В неврологическом статусе выявлен двусторонний парез лицевых нервов, умеренная диплопия, двухсторонний полный птоз век, бульбарный синдром. Сухожильные рефлексов снижены, D = S. Мышечная сила в проксимальных отделах верхних конечностей – 3 балла; в дистальных – 4 балла; в нижних конечностях – 5 баллов. Координаторые пробы выполняет с интенцией. Расстройств глубокой и поверхностной чувствительности не выявлено.

При стимуляционной электронейромиографии ветвей лицевого нерва, двигательных ветвей тройничного, добавочного и подмышечного нервов выявлено снижение амплитуд М-ответов до 85-90% (с полным отсутствием М-ответа в m. orbicularisoculis); в дистальных отделах верхних конечностей снижение до 18%; в нижних конечностях снижение амплитуд М-ответов до 40% (изолированно по n.peroneus). Скорость проведения импульсов по моторным, сенсорным волокнам, резидуальная латентность и параметры F-волн не изменены. Декремент М-ответа в мышцах лица составил 4-8%; в проксимальных отделах верхних конечностей до 9-16%; в дистальных отделах конечностей не выявлен. При исследовании сыворотки крови выявлены антитела к сульфатиду, повышение уровня β-фракции и гипергаммаглобулинемия. При исследования кала на дисбактериоз выявлена Campylobacter jejuni.

Заключение. Представленное наблюдении атипичного МФС характеризуется выраженным аксональным поражением моторных волокон, преимущественно, краниальных

нервов с наличием антител к сульфатиду и ассоциацией с Campylobacter jejuni. Аутоиммунная реакция на сульфатид обусловлена перекрестным характером взаимодействия антител, вырабатываемых к элементу оболочки C. jejuni – ДНК-ассоциированному белку (C-Dps). В то время как типичные случаи МФС характеризуются легким или умеренным демиелинизирующим поражением моторных и сенсорных волокон, обусловленным антителами к ганглиозиду GQ1b.

Барсуков А.В.

ВЫСОКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Артериальная гипертензия (АГ) широко распространена в современном обществе. В среднем 40% взрослого населения России являются обладателями повышенного систолического и/или диастолического кровяного давления (≥140 и/или ≥90 мм рт. ст.). По мере старения популяции наблюдается и рост артериального давления (АД). Так, среди субъектов в возрасте 75 лет и более, доля лиц с повышенным АД достигает 70-80%. Эффективность медикаментозной терапии гипертензии редко достигает 50%. Среди взрослых пациентов, с каждым очередным увеличением возрастной декады, отмечается учащение встречаемости поражения органов-мишеней. Так, по собственным данным, основанным на анализе когорты гипертензивных лиц, состоявшей из 1143 человек, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) составлял 130 г/м² у мужчин и 120 г/м² у женщин в возрастной группе 41-50 лет и 152 г/м² у мужчин и 137 г/м² у женщин в возрастной группе 71-75 лет. Считается доказанной необходимость нахождения кровяного давления в целевом диапазоне (<140 и <90 мм рт. ст.) у пациентов высокого кардиоваскулярного риска в интересах улучшения общего прогноза и профилактики поражения органов-мишеней. Международное многоцентровое двойное слепое проспективное исследование ONTARGET / TRANSCEND показало, что больные, у которых АД в 75% случаев посещения врача-исследователя находилось в целевом диапазоне, характеризовались меньшим риском возникновения инфаркта миокарда (в 1,5 раза) и мозгового инсульта (в 2,5 раза) относительно тех субъектов, у которых частота нахождения АД в целевом диапазоне составляла 25% визитов к врачу-исследователю.

В течение последнего десятилетия широко применимым считается термин “резистентная артериальная гипертензия (РАГ)”. Под таковой понимают гипертензию, при которой антигипертензивная терапия, содержащая три препарата в полных терапевтических дозах, включая диуретик, не приводит к достижению целевого АД. Среди пациентов с АГ, получающих антигипертензивную терапию, доля лиц с резистентной АГ в среднем составляет 12-15%. Вместе с тем, следует учитывать, что приблизительно треть из этих больных имеет так называемую псевдорезистентную АГ, ещё треть больных может достичь целевых значений АД на четырёхкомпонентной терапии (так называемая контролируемая резистентная АГ) и оставшиеся ≈30% гипертоников оказываются истинно резистентными. К числу причин псевдорезистентности относят низкую приверженность к антигипертензивной терапии, неадекватность доз препаратов, отсутствие диуретика в схеме лечения, артефакты со стороны манжеты для измерения АД, резкое уплотнение стенки плечевой артерии из-за её кальцификации, наличие феномена белого халата.

Не следует забывать о том, что весьма частыми “поставщиками” истинной РАГ служат вторичные формы гипертензии (стеноз почечной артерии, ренопаренхиматозное заболевание, первичный гиперальдостеронизм, синдром обструктивного апноэ сна и другие), перегрузка объёмом циркулирующей крови (прогрессирование почечной недостаточности, избыток поваренной соли в рационе, недостаточная терапия диуретиками), приём

лекарственных препаратов, повышающих АД (нестероидные противовоспалительные средства, сисмпатомиметики, кортикостероиды, оральные контрацептивы,производные корня солодки), ассоциированные с образом жизни состояния (прогрессивное увеличение веса, ожирение, чрезмерное употребление алкоголя). Следует заметить, что углубленный анализ причин резистентности к терапии АГ зачастую свидетельствует об особенностях кровоснабжения почек. Так, установлено, что у 68% пациентов с РАГ наличествуют добавочные почечные артерии, у 12% - проксимальное деление почечных артерий, у 4% - фибромускулярная дисплазия почечной артерии. Истинно резистентную АГ от гипертензии белого халата отличает большая частота встречаемости гипертрофии левого желудочка, микроальбуминурии, суточного профиля АД типа non-dipper. Резистентная АГ представляет угрозу для жизни пациента. Отмечено, что при РАГ по сравнению с контролируемой АГ наличие ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, инсульта в анамнезе документируется значительно чаще (22 и 9%, 10 и 4%, 10 и 4% соответственно). РАГ увеличивает сердечно-сосудистую смертность в 2,2 раза по сравнению с контролируемой гипертензией при продолжительном наблюдении.

Современный подход к медикаментозной курации гипертонической болезни предписывает её инициацию со средства-блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) (ингибитора АПФ или блокатора АТ1-рецепторов) среди пациентов в возрасте моложе 55 лет или с антагониста кальция среди субъектов более старшей возрастной категории. Данное положение не является абсолютным. По решению лечащего врача могут быть назначены и другие препараты первой линии терапии АГ – тиазидные диуретики или бета-блокаторы, а в отдельных случаях и лекарства второй линии – прямые ингибиторы ренина, агонисты имидазолиновых рецепторов, альфа-блокаторы. Большинство пациентов нуждаются в комбинации антигипертензивных средств. Наиболее частыми вариантами рациональных комбинаций считаются: ингибитор РААС + диуретик, ингибитор РААС + антагонист кальция. При необходимости используется тройная комбинация: ингибитор РААС + диуретик + антагонист кальция. В большинстве случаев полнодозовая комбинация названных лекарств обеспечивает достижение целевого уровня АД при условии соблюдения пациентом рекомендаций по модификации образа жизни, диеты и высокой приверженности к лечебным мероприятиям. Для преодоления резистентности гипертензии дополнительно могут быть назначены антагонист минералокортикоидных рецепторов, альфа-блокатор, бета-блокатор, а также рассмотрена перспективаприменения инструментальных высокотехнологичных методов лечения АГ. Не следует забывать о пользе тщательного воздействия на факторы риска и образ жизни (например, минимизация поваренной соли в рационе, исключение средств, повышающих АД). Определённый эффект может быть достигнут при использовании максимальных доз антигипертензивных средств, включении в схему петлевых диуретиков при наличии хронической болезни почек. Известно, что модификация образа жизни снижает кардиоваскулярные риски у пациентов с РАГ. По данным проспективного исследования REGARDS, выполнение таких рекомендаций врача как нормализация массы тела, увеличение физической динамической активности до 4 и более раз в неделю, отказ от курения, регулярное употребление алкоголя в малых количествах, соблюдение диеты с уменьшением содержания натрия и увеличением содержания кальция, обеспечивает уменьшение риска сердечно-сосудистых событий на 37% по сравнению с минимальным изменением образа жизни или отсутствием этих изменений вообще.

В поиске вторичных причин гипертензии следует применять современные лабораторно-инструментальные методы. В частности, полисомнографию при подозрении на синдром обструктивного апноэ сна, расчёт скорости клубочковой фильтрации и оценки соотношения альбумин/креатинин в моче при уточнении диагноза хронической болезни почек, ангиографию для подтверждения реноваскулярной патологии, соотношение секреции альдостерона и ренина в интересах верификации первичного гиперальдостеронизма, секреции кортизола и суточной его экскреции для исключения эндогенного

гиперкортицизма, уровень метанефринов в крови или моче для уточнения наличия хромаффиномы. В диагностике эндокринных гипертензий весомое значение имеют визуализирующие методы диагностики – компьютерная и магнитно-резонансная томография гипофиза, надпочечников, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная компьютерная томография.

В последние 10-15 лет в мире наблюдается очевидный всплеск научно-практического интереса к интервенционному лечению гипертонической болезни. Среди высокотехнологичных инструментальных инвазивных методов лечения РАГ наиболее обещающие перспективы имеет ренальная денервация или радиочастотная аблация (РЧА) почечных артерий. Метод ренальной денервации основан на радиочастотной деструкции симпатических нервных сплетений, расположенных в стенках почечных артерий. Данные пилотных (SymplicityI, II) и рандомизированного (SymplicityIII) исследований указывают на целесообразность применения ренальной денервации в реальной клинической практике с тщательным отбором больных, клинический портрет которых потенциально указывает на успех этой интервенционной процедуры. К числу предикторов успеха РЧА почечных артерий следует отнести молодой и средний возраст (менее 65 лет), отсутствие клинически значимой почечной дисфункции, принадлежность к европеоидной расе. В ряде небольших, преимущественно пилотных, проектов была установлена польза ренальной денервации не только применительно к динамике артериальной гипертензии, но и уменьшению инсулинорезистентности, проявлений обструктивного апноэ во сне, хронической сердечной недостаточности, снижению риска рецидивов фибрилляции предсердий. Среди других интервенционных методов лечения РАГ накоплен определённый мировой опыт в использовании стимуляции каротидных барорецепторов. Убедительные доказательства эффективности данного метода получены в исследовании RheosPivotaltrial. Продолжается активное изучение таких инвазивных подходов как создание артериовенозной фистулы, аблация каротидного тельца, нейроваскулярная декомпрессия ствола мозга, нейростимуляция глубоких структур головного мозга и спинного мозга.

Таким образом, проблема высокой артериальной гипертензии приковывает пристальное внимание клиницистов. Тщательный дифференциально-диагностический скрининг причин и механизмов возникновения и поддержания резистентной к терапии гипертензии позволяет значительно облегчить выбор подходов к преодолению этой сложной клинической ситуации. Применение рациональной комбинированной антигипертензивной фармакотерапии, включающей тиазидный или тиазидоподобный диуретик, антагонист минералокортикоидных рецепторов или альфа-блокатор, в ряде случаев оказывается достаточным для уменьшения проявлений гипертензии. Интервенционные подходы (ренальная денервация, стимуляция каротидных барорецепторов и другие) рассматриваются как достойный резерв общей лечебной стратегии.

Барсуков А.В.[1], Глуховской Д.В.[1], Чепчерук О.Г.[1], Каримова А.М.[2]

ОЦЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЙ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии[1], кафедра военно-полевой терапии[2]

Актуальность проблемы. Известно, что 30-50 % взрослой популяции имеют в анамнезе хотя бы один эпизод транзиторной утраты сознания. Две трети случаев обусловлено рефлекторными причинами.

Цель исследования. Оценить артериальную барорефлекторную чувствительность у лиц молодого и среднего возраста, имеющих в анамнезе явления ортостатической нестабильности при длительном нахождении в вертикальном положении.

Материал и методы. В клинике госпитальной терапии ВМедА имени С.М. Кирова обследовано 35 пациентов (22 мужчины и 13 женщин, средний возраст когорты 37,3±20,5 лет), имевших в анамнезе явления ортостатической неустойчивости: частые головокружения, пресинкопальные состояния, обмороки при длительном пребывании в вертикальном положении. У включенных в выборку испытуемых была исключена органическая патология сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Всем субъектам выполнена длительная пассивная ортостатическая проба (тилт-тест) на аппарате TASKFORCE 3040ic использованием вертикализатора Lojer-Tilt. Исследование проводили по итальянскому протоколу. Тилт-тест считали положительным в случае развития обморока или пресинкопального состояния. В зависимости от результата тилт-теста, пациентов разделили на 2 группы: 1 группа – с положительным ответом, 2 группа – с отрицательным ответом. У обследованных лиц произвели анализ барорефлекторной чувствительности с использованием двух основных критериев: количество реакций барорецепторов (КРБ) с оценкой показателей систолического артериального давления и длительности R-R интервала; индекс эффективности барорефлекса (ИЭБ), определяемый по частоте зарегистрированных перепадов артериального давления и реакций барорецепторов. Расчетные показатели оценивали в горизонтальном состоянии (I этап теста) и в немедикаментозную фазу ортостаза (II этап теста). Измерение показателей ЧСС и АД было выполнено в режиме от соскращения к сокращению (beat-to-beat).

Результаты. Положительная длительная пассивная ортостатическая проба была верифицирована в 18 случаях, что составило 51,4 % от изученной выборки. Типы положительного ответа распределились следующим образом: кардиоингибиторный – 16,67% случаев (3 человека), вазодепрессорный – 72,2 % случаев (13 человек), смешанный – 11,1 % случаев (2 человека).

Частота сердечных сокращений в горизонтальную фазу у лиц 1 группы составила 68 ± 9,1 в 1 мин, а у лиц 2 группы – 72 ± 13,6 в 1 мин (p=0,1), ЧСС в домедикаментозную фазу вертикального этапа теста составила: у лиц 1 группы 88 ± 16,4 в 1 мин, а у лиц 2 группы – 87 ± 20,8 в 1 мин (p=0,1). Систолическое АД в горизонтальную фазу у лиц 1 группы составило 113,4 ± 23,6 мм рт. ст., а у лиц 2 группы - 113,8 ± 10,4 мм рт. ст. (p=0,1) САД в домедикаментозную фазу вертикального этапа теста составило: у лиц 1 группы 111,2 ± 21,9 мм рт. ст., а у лиц 2 группы - 120,7 ± 12,9 мм рт. ст. (p=0,1).

Количество реакций барорецепторов у тилт-положительных пациентов (1 группа) составило: на первом этапе (т.е. в фазе горизонтального нахождения) 40,4±31,1 ед., на втором этапе (т.е. в фазе пассивного ортостаза до провокации нитроглицерином) 125,9±93,5 ед (прирост от этапа I к этапу II соответствовал 85,5±53,5 ед). У ортостатически устойчивых лиц (2 группа) КРБ оказалось следующим: на первом этапе 31,5±22,61 ед, на втором этапе 157,2±93,5 ед (прирост от этапа I к этапу II соответствовал 126±87,5 ед). Различие величины прироста КРБ между группами достоверно (p=0,01).

Индекс эффективности барорефлекса у тилт-положительных лиц (1 группа) составил: на первом этапе (т.е. в фазе горизонтального нахождения) 0,59±0,19, на втором этапе (т.е. в фазе пассивного ортостаза до провокации нитроглицерином) 0,57±0,15 (снижение ИЭБ от этапа I к этапу II составило 0,02±0,005). У ортостатически устойчивых испытуемых (2 группа) ИЭБ оказался следующим: на первом этапе 0,57±0,23, на втором этапе 0,59±0,23 (прирост от этапа I к этапу II соответствовал 0,02±0,003). Различие амплитуды изменений ИЭБ между группами достоверно (p=0,01).

Выводы. По данным выполненной длительной пассивной ортостатической пробы, ортостатически неустойчивые пациенты молодого и среднего возраста характеризовались уменьшением индекса эффективного барорефлекса и количества реакций барорефлекса. Испытуемые с отрицательным результатом длительной пассивной ортостатической пробы обладали противоположной направленностью изменений индекса эффективного барорефлекса и количества реакций барорефлекса, оцененных в фазах горизонтального положения тела и нахождения в ортостазе до лекарственной провокации.

БарсуковА.В., Корнейчук Н.Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОРЕНИНОВОЙ ФОРМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Низкоренинoвые артериальные гипертензии (АГ) представляют собой достаточно гетерогенную группу и включают эссенциальную, вторичную (симптоматическую) и генетические формы АГ. Наиболее распространенными вариантами гипертензий с низким уровнем ренина в популяции считаются низкоренинoваяэссенциальная АГ и гипертензия в структуре первичного гиперальдостеронизма. Многообразие причин снижения продукции ренина при АГ предполагает важность своевременной дифференциальной диагностики этих состояний.

Цель исследования. Изучить особенности ренин-альдостеронового статуса пациентов с низкоренинoвой АГ.

Материал и методы. Изучены лабораторные данные 49 пациентов, страдающих АГ, в плазме крови которых выявлялась низкая концентрация ренина (менее 2,8 мкМЕ/мл). В исследование включены 13 мужчин и 36 женщин в возрасте от 30 до 86 лет (средний возраст 53,9±13лет). В плазме крови определяли концентрацию ренина, альдостерона в горизонтальном положении с расчетом альдостерон-ренинового соотношения(АРС).

Результаты. У подавляющего числа пациентов с низкоренинoвой АГ (73%) отмечалось диагностически значимое увеличение АРС, что свидетельствовало о возможном наличии у данной категории больных первичного гиперальдостеронизма и требовало выполнения подтверждающих тестов. Средняя концентрация ренина (КР) в указанной группе составила 1,4±0,67мкМЕ/мл, концентрация альдостерона плазмы (КАП)–177,4±162,7 пг/мл. У 13 (27%) обследованных лиц определены нормальные показатели АРС, при этом КР в среднем составила 2,05±0,56 мкМЕ/мл,КАП - 42,6±19,69 пг/мл.При исследовании электролитного состава крови отмечена тенденция к более низкому содержанию калия у пациентов с повышенным АРС по сравнению с пациентами, демонстрирующими нормальное его значение: 4,13±0,67 против 4,65±0,7 ммоль/л, соответственно, ($p>0,05$). Отмечено, что только лишь у 5 (13,9%) пациентов с высоким АРС выявлялось снижение уровня калия менее 3,5 ммоль/л. С практической точки зрения, были выделены пациенты с повышенным, а также нормальным содержанием альдостерона в плазме крови. Увеличение КАП более 160 пг/мл отмечалось у 13 (27%) больных, у всех пациентов АРС было повышенным. Артериальная гипертензия у таких пациентов может быть обусловлена наличием первичного или идиопатического гиперальдостеронизма, гиперальдостеронизма, корригируемого глюкокортикоидами. КАП, соответствующая референсным значениям (10-160 пг/мл), определена у 36 (73%) лиц с низкоренинoвой гипертензией. При нормальном содержании альдостерона АРС оказалось увеличенным у 23 (46%) больных, включенных в исследование. С целью выявления гиперальдостеронизма пациентам необходимо выполнить подтверждающие тесты. В случае отрицательного результата последних следует думать о низкоренинoвой эссенциальной гипертензии (НРЭГ). Никоренинoвая АГ с нормальной КАП без повышения АРС регистрировалась у 13 (27%) больных. Такая форма АГ может наблюдаться у пожилых пациентов, НРЭГ, синдроме Гордона. В нашем исследовании значения КАП ниже референсных не были зарегистрированы, что связано, вероятно, с более редким наличием этой формы гипертензии в популяции. Повышение артериального давления у этих больных могло быть обусловлено как наличием НРЭГ, так и редкими генетическими формами АГ (синдром Лиддла, мутации гена минералокортикоидного рецептора, синдром кажущегося избытка минералокортикоидов и др.).

Вывод. Определение ренин-альдостеронового статуса позволяетпредположительно выделить ведущий патофизиологический механизм повышения кровяного давления иопределить более успешную стратегию антигипертензивной терапии.

БарсуковА.В., МирохинаМ.А.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАПАЗОНЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Актуальность проблемы. На протяжении последних полутора-двух десятилетий активно изучается проблема предгипертензии (уровни систолического и диастолического артериального давления (АД) в пределах 120-139 и 80-89 мм рт. ст.) и дислипидемии, как факторов сердечно-сосудистого риска. К настоящему времени считается доказанной взаимозависимость инсулинорезистентности (а также компенсаторной гиперинсулинемии), как одного из ключевых предикторов развития метаболического синдрома, и повышения АД.

Цель работы. Изучить некоторые показатели сердечно-сосудистого риска и инсулинорезистентностиу лиц молодого возраста без сахарного диабета, нарушенной толерантности к глюкозе и нарушения гликемии натощак, анамнеза кардиоваскулярных заболеваний.

Материал и методы. Обследованы 105 пациентов из числа военнослужащих по контракту с нормальным и высоким нормальным АД, т.е. имеющих предгипертензию. Испытуемых разделили на две группы: 1-я группа включала40субъектов с высоким нормальным уровнем кровяного давления (130-139 и/или 85-89 мм рт. ст.), 2-я группа включала 65 мужчин с собственно нормальным (120-129 и/или 80-84 мм рт. ст.) АД.

Нами оценивались следующие показатели кардиоваскулярного риска: индекс массы тела (ИМТ), уровни общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), глюкозы натощак и в рамках проведении орального глюкозо-толерантного теста (ОГТТ), инсулина, индекс инсулинорезистентностиHOMA-IR и показатель секреторной функции поджелудочной железы(HOMA-βC). При статистической обработке показателей использовали пакет прикладных программ StatSoftStatistica 10.0.

Результаты. Пациенты с высоким нормальным (n=65) и собственно нормальным (n=40) АД не различались по возрасту (39±4 и 39±5 лет, p>0,05). Лицам с высоким нормальным АД по сравнению с испытуемыми с собственно нормальным АД оказались свойственными достоверно большие значения ИМТ (29,3±4,2 и 27,2±3,5 кг/м^2, p=0,01), систолического (135,1±3,8 и 125,9±4,3 мм рт. ст., p<0,001) и диастолического (84,7±4,2 и 77,1±4,7 мм рт. ст., p<0,001) АД, полученного в офисных условиях, гликемии в 2-ч точке ОГТТ (5,93±1,08 и 5,21±1,22 ммоль/л, p=0,002), индекса HOMA-IR (2,72±0,64 и 2,06±0,34 ед, p=0,05), уровня общего холестерина (5,17±0,7 и 4,86±0,7 ммоль/л, p=0,05), ХС ЛПНП (3,13±0,7 и 2,62±0,76 ммоль/л, p=0,002). Между величинами таких показателей как натощаковая гликемия, инсулинемия, индекс HOMA-βC, уровень ХС ЛПВПсреди лиц с АД в высоком и низком предгипертензивном диапазоне достоверных различий обнаружено не было (p>0,05). Следует обратить внимание на абсолютные значения показателя, характеризующего секреторную активность бета-клеток поджелудочной железы. Эти величины свидетельствуют о функциональной напряжённости бета-клеток у субъектов с избыточной массой тела, большинство которых составили нашу выборку. Отмечена явная тенденция к преобладанию индекса HOMA-βC(127,7±75,1 и 142,8±52,1 %, p=0,61) у лиц с высоким нормальным АД над таковым у субъектов с собственно нормальным АД.

Заключение. Клиническая значимость установленных данных подчёркивается известным суждением о том, что даже несущественное повышение АД, особенно систолического, представляет опасность с точки зрения долговременного прогноза, поскольку заметно увеличивает темп поражения органов-мишеней и риск угрожающих жизни сердечно-сосудистых осложнений.

БезменкоА.А., ШмидтА.А., КовальА.А., СибиревС.А., ЭлькинГ.И.,
Карпищенко Ж.М., Ладонина С.А.

ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ПОМОЩЬЮ ER:YAG-ЛАЗЕРА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования – оценить эффективностьлечения недержания мочи при напряжении у женщин с помощью Er:YAG-лазера (технологии IncontiLase и IntimaLase).

Материалы и методы. Проведено обследование 105пациенток с недержанием мочи при напряжении (НМПН), разделенных на основную (n=77) и контрольную (n=28) группы и сопоставимых по основным параметрам. Больные в каждой группе были разделены на подгруппы в зависимости от типа НМПН (в соответствии в классификациейBlaivasJ.G., McGuireE.J., 1988) и степени тяжести НМПН. Критериями исключения были тяжелое течение и III тип НМПН. Кроме стандартного клинического обследования пациенткам проведены МРТ органов малого таза с пробой Вальсальвы (Magnetom Symphony 1,5 Тл, «Siemens») и уродинамическое исследование (Delphis IP, «Laborie»). Все пациентки анкетированы с помощью вопросников качества жизни SF-36, I-QOL, PFDI-20, СФЖ. Для определения структурных изменений соединительной ткани до и после лечения была выполнена инцизионная биопсия передне-боковой и задне-боковой стенок влагалища в средней трети вне проекции крупных сосудов и нервов полуавтоматической иглой «SteryLabSpringCut 18G» на глубину 1 см с последующим гистологическим, биохимическим и иммуногистохимическим исследованием полученных образцов. Гистологическую обработку препаратов проводили по стандартизированной методике. Изучение микропрепаратов и фоторегистрация проводились с использованием светооптического микроскопа «LeikaDMLA», цифровой фотокамеры «LeikaDC-500», увеличение в 100, 200 и 400 раз. Биохимическое исследование с целью количественной оценки продуктов распада коллагена выполнено 26 пациенткам. Исследование количества свободных аминокислот оценивалось методом газожидкостной хроматографии на хроматографе «HP-6890». Определение уровня экспрессии PDGFR-α, VEGF как основных маркеров неоангиогенеза, а также Ki-67 как маркера пролиферации, было выполнено у 20 пациенток (40 биоптатов тканей стенок влагалища). Определение производили по стандартной методике с помощью антител (Bio-PlexProPhospho-PDGFR-α (Tyr754) Set, 1x96, Bio-Rad, USA; Ki-67 RabbitMonoclonal, Bio-Rad, USA; Mouseanti-humanVEGF: PreservativeFree, AbDSerotec, Bio-Rad, USA).

Лечение в основной группе проводилось с помощью Er:YAG–лазера по оригинальной методике (Патент РФ на изобретение №2551616, опубл. 22.04.2015), в контрольной группе пациентки получали плацебо, заключавшейся в установке манипул и лазерного рефлектора без подачи энергии. Курс лечения состоял из двух процедур с интервалом 21-30 дней. Другие методы консервативной терапии НМ одновременно с лечением Er:YAG-лазером не применялись. Повторное обследование и оценку результатов лечения проводили спустя 21–30 дней после второй процедуры.

Результаты лечения прослежены в сроки наблюдения до двух лет. Эффект от лечения расценивался как положительный (полный) в случае отсутствия жалоб у пролеченных пациенток и как частично положительный (улучшение) при сохранении единичных редких

эпизодов инконтиненции. Полный положительный эффект через два года после окончания лечения у пациенток основной группы с I типом НМПН составил 53,4%, у пациенток основной группы со II типом НМПН - 15,8%. У пациенток контрольной группы, получавших плацебо, в двух случаях (8,2%) было отмечено улучшение продолжительностью до 1 месяца. Также среди пациенток основной группы, у которых непосредственно после лечения было достигнуто улучшение, семеро через два года отметили рецидив инконтиненции в первоначальном объеме, что в 4 случаях потребовало проведения повторного курса лечения с помощью Er:YAG–лазера и в 3 - хирургической коррекции НМПН (операция TVT-O).

По данным объективных методов обследования, после проведённого лечения с помощьюEr:YAG–лазера отмечено утолщение стенок влагалища в среднем на 1-2 мм, увеличение показателя давления закрытия уретры, удлинение уретрального профиля, улучшение качества жизни. При оценке гистологических препаратов выявлено увеличение количества и активности фибробластов, повышение плотности соединительной ткани во всех случаях после лечения. Обнаружена высокая эозинофильность основного вещества соединительной ткани как проявление изменения химизма фибробластов при формировании рубца. В части препаратов отмечено появление сосудистых «почек» как этап неоангиогенеза. При биохимическом исследовании биоптатов стенки влагалища выявлено уменьшение количества свободных аминокислот (оксипролин и оксилизин), что свидетельствует о стабилизации коллагена в соединительной ткани.

Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать данный метод консервативного лечения как метод выбора для больных с I типом НМПН легкой степени тяжести. Также можно использовать Er:YAG-лазер у пациенток со II типом НМПН легкой и средней степени тяжести в случае их отказа от хирургического лечения, либо при наличии противопоказаний к хирургическому лечению.

БезмозгинБ.Г. (1), БабковО.В. (1), СуровД.А. (2), ЯстребовИ.П. (1), ОпулД.М. (1)

МЕТОД VAC – ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

г. Санкт-Петербург, ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе (1), Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра Военно-морской хирургии (2).

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. У большинства больных КРР манифестирует различными осложнениями. Длительное бессимптомное течение, неспецифичность ранней симптоматики, недостаточная онкологическая настороженность врачей и поздняя диагностика рака ободочной и прямой кишки являются причиной того, что 50-89% больных поступают в хирургические стационары с различными осложнениями этого заболевания. В исследование включены больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2004-2013 гг. в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 больных КРР, осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг. С 2009 года в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-системы. С 2009 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 52 больных КРР, осложненным распространенным перитонитом с использованием разработанного лечебно-диагностического алгоритма. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. ИБП представляет собой интегральный динамически изменяющийся критерий

интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните. Данный показатель позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики у конкретного больного: релапаротомия «по требованию» (ИБП<13 баллов) или этапные санации с формированием лапаростомы (ИБП≥13). В исследование не включались пациенты с признаками септического шока ввиду необходимости применения иной хирургической тактики лечения. Хирургическая тактика лечения больных обеих групп включала следующие основные компоненты: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, оперативное вмешательство с санацией очага инфекции, декомпрессия желудочно-кишечного тракта. При этом принципиальным различием между обеими группами являлся способ окончания оперативного вмешательства: в контрольной группе выполняли ушивание передней брюшной стенки, а в основной формировали лапаростому методом VAC. Через 48-72 часа осуществляли этапную санацию брюшной полости. В случаях отсутствия прогрессирования перитонита (ИБП<10) операцию заканчивали ушиванием брюшной полости.

У больных основной группы по сравнению с контрольной выявлено снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений со стороны мягких тканей передней брюшной стенки с 30,1% до 16,0%, более быстрое купирование синдрома эндогенной интоксикации, снижение частоты прогрессирования послеоперационного перитонита с 23,0% до 4,0%. В целом разработанная тактика позволила снизить послеоперационные осложнения с 61,5% до 44,0%, летальность с 42,3% до 32,0%.

Хирургическая тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-терапии у пациентов с КРР, осложненным распространенным перитонитом, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения данной категории больных. Отмечено достоверное снижение количества послеоперационных осложнений в 1,4 раза, летальности в 1,3 раза.

БезмозгинБ.Г. (1), БабковО.В. (1), СуровД.А. (2), ЯстребовИ.П. (1), ОпулД.М. (1)

ВЛИЯНИЕ VAC – ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

г. Санкт-Петербург, ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе (1), Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра Военно-морской хирургии (2).

VAC-терапия представляет собой способ временного закрытия передней брюшной стенки посредством установки специальной герметичной системы с созданием отрицательного давления в брюшной полости.

Цель исследования. Выявить одну из возможных причин регулярно развивающейся гипопротеинемии путем оценки содержания общего белка в патологическом экссудате, удаляемом VAC-системой из брюшной полости, и обосновать необходимость дополнительной коррекции развивающегося осложнения.

Материал и методы. Материалом для исследования явились 15 больных с распространенным перитонитом, которым в качестве этапного лечения применялась методика VAC-терапии.Ежедневно определяли количество суточного отделяемого по VAC системе и содержание в последнем общего белка.

Результаты и их обсуждение: Среднее ежесуточное количество отделяемого по VAC-системе составило 1200,0±50,0 мл/сутки,особенно в первые 2 суток после первичной операции (с тенденцией к уменьшению в процессе лечения, при эффективности последнего). Средняя концентрация белка в экссудате из брюшной полости 21,2±5,0 г/л. Таким образом, среднее количество белка, теряемого пациентами каждые сутки по VAC-системе, составило– 25,4 г. При этом средняя концентрация общего белка в плазме крови пациентов, проходивших лечение с использованиемVAC-терапии составила 42,3±6,0 г, что соответствует тяжелой белково-энергетической недостаточности.

Выводы. Метод VAC-терапии является эффективным способом санации брюшной полости, при котором достигается эффективная элиминация патологического экссудата. Однако вместе с патологическим экссудатом происходит потеря белка крови, что усугубляет признаки обычно присутствующей белково-энергетической недостаточности и требует дополнительной коррекции известными методами.

БезмозгинБ.Г. (1), СуровД.А. (2), БабковО.В. (1), ЯстребовИ.П. (1), СвятненкоА.В. (1), ОпулД.М. (1), ИбрагимовМ.М. (1)

ОЦЕНКА МИКРОБНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

г. Санкт-Петербург, ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе (1), Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра Военно-морской хирургии (2).

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. До 15-27 % больных КРР, оперируемых по неотложным показаниям составляют больные с перитонитом на фоне перфорации опухолей толстой кишки (больные с перфоративным колоректальным раком – ПКРР). Не менее важной проблемой ПКРР является не только определение хирургической тактики, но и применение рациональной антибактериальной терапии в интра- и послеоперационном периоде для профилактики осложнений со стороны брюшной полости.

Цель работы: выявление наиболее часто встречающихся возбудителей в микробиологической картине ПКРР и определение рациональной антибактериальной терапии с учетом результатов посевов.

Материал и методы. С 2008 по 2013 гг. в НИИ СП было прооперировано 66 пациентов с ПКРР с развитием распространенного перитонита, у которых выполнялся посев перитонеального экссудата для определения микробиологической картины и чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам.

Результаты. Микробиологическая картина перитонеального экссудата была представлена смешанной аэробно-анаэробной флорой. Наиболее частыми возбудителями являлись: E. coli (50%, 10^4-10^5), Klebsiella spp. (15%), P. aeruginosa(10%), Enterobacterspp. (6%). Реже высеивались Citrobacterspp., Serratiamarcescensи Morganella morganii. Из грамположительных бактерий наиболее частыми инфекционными агентами являлись стрептококки (7%) и энтерококки (10%).

Выводы. Проанализирован микробиологический спектр наиболее часто встречающихся инфекционных агентов в перитонеальном экссудате у пациентов с ПКРР, что позволило обосновать проведение эмпирической антибиотикотерапии у пациентов даннойгруппы.

Безмозгин Б.Г. (1), Суров Д.А. (2), Бабков О.В. (1), Ястребов И.П. (1), Святненко А.В. (1), Опул Д.М. (1).

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ NPWT НА ИНТРААБДОМИНАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

г. Санкт-Петербург, ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе (1), Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра Военно-морской хирургии (2).

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. До 15-27 % больных КРР, оперируемых по неотложным показаниям составляют больные с перитонитом на фоне перфорации опухолей толстой кишки (больные с перфоративным колоректальным раком – ПКРР). В исследование включены больные с распространенным перитонитом колоректального генеза, проходившие лечение в 2008-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 34 больных за период с 2008 по 2010 гг.. С 2011 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода лечения ран отрицательным давлением (NPWT - NegativePressureWoundTherapy). С 2011 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 32 больных ПКРР с использованием разработанного лечебно-диагностического алгоритма. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. Данный показатель позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики у конкретного больного: релапаротомия «по требованию» (ИБП<13 баллов) или этапные санации с формированием лапаростомы методом NPWT (ИБП≥13). Таким образом, в основную группу вошли 32 пациента, в контрольную - 34.Средний возраст больных основной группы составил 78,5 ± 5,0 лет, контрольной - 77,4 ± 4,5.

Всем больным обеих групп перед операцией и на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось измерение уровня внутрибрюшного давления (ВБД) при помощи системы UnoMeterAbdo-Pressure^{tm}. При определении динамики ВБД в предоперационном периоде у пациентов основной и контрольной групп выявлены высокие показатели: 20,6±0,8mm.Hg в основной группе и 21,2±1,2 mm.Hg в контрольной (p>0,05). Различия статистически не достоверны. На 1 сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы отмечались достоверно более низкие значения ВБД (11,2±1,8mm.Hg) по сравнению с больными контрольной группы, у которых сохранялась внутрибрюшная гипертензия (18,7±2,1mm.Hg). Различия статистически достоверны (p<0,05). Данные изменения связаны с декомпрессивным эффектом NPWT, что позволяет предотвратить развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии. Дальнейший мониторинг ВБД показал, что интраабдоминальная гипертензия сохранялась в контрольной группе вплоть до 7-8 суток послеоперационного периода (11,3±2,5mm.Hg), в то время как в основной группе нормализация ВБД происходила уже на 1-2 сутки после оперативного лечения, сохраняясь вплоть до 10 суток (5,4±0,8 mm.Hg).

Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод о позитивном влиянии NPWT на внутрибрюшную гипертензию у пациентов с ПКРР, что выражается в достоверно более быстром темпе нормализации ВБД у пациентов основной группы по сравнению с контрольной. Данный факт, по нашему мнению, является важным предиктором недопущения развития у пациентов данной группы абдоминального компартмент-синдрома.

Белозеров Е.С., Четвериков А.В.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Мочекаменная болезнь в России не только широко и повсеместно распространена, но и имеет тенденцию к росту заболеваемости - общая заболеваемость населения за последние 12 лет увеличилась более чем в 1,5 раза [http://www.chelnyclinic.ru/about-the-diseases/63-mochekamennaya-bolezn.html]. Вместе с тем, имеются пробелы в важнейших

фундаментальных вопросах патогенеза камнеобразования. В литературе есть указания на то, что наличие микроорганизмов либо их фрагментов может служить основным механизмом гетерогенного пути кристаллизации (Umekawaetal, 200, Fasanoetal, 2001).

Цель настоящего исследования - уточнение роли инфекционного фактора в генеза мочевого камнеобразования. Под наблюдением находилось 173 больных мочекаменной болезнью. Состав микробных маркеров в камнях мочевых путей изучали методом газовой хроматографии - масс-спектрометрии. Бактериологический анализ- мочи проводили

Среди исследованных камней, полученных от больных при операциях химический состав в 42,3% случаев был смешанным (смешанные оксалаты и фосфаты кальция) камни, в 19,8% - оксалатами кальция, в 8,2% - фосфатами кальция, в 17,2% - фосфатами магния и аммония, в 7,4% - мочевой кислотой и в 5,1% были цистиновые камни.

Как показали исследования, из кокков, бацилл и коринобактерий - *Staphylococcusintermedius, Bacilluscereus, Bacillusmegaterium*(в норме отсутствуют), *Neisseria*(в норме отсутствуют), из анаэробов - *Eubacteriumlentum*(группа А), *Eubacteriu, Clostridiumhystolyticum, Clostridiumperfringens, Bacteroideshypermegas*(в норме отсутствуют), *Propionibacterium*(в норме отсутствуют), Fusobacterium/Haemophylus(в норме отсутствуют), из энтеробактерий и энтерококков - *Helicobacterpylori*и *Enterococcus,*из грам (-) палочек - *Klebsiella,*из грибов - микроскопические грибы, ситостерол и из вирусов - Herpessimplexи Эпштейна-Барр.

К факторам риска бактериального обсеменения мочевых камней были метаболический синдром, морбидное ожирение, сахарный диабет 2-гго типа.

Было установлено отсутствие взаимосвязи между качественным составом результатов бактериологического исследования мочи и данными мочевых камней, более того, наличие бактерий и вирусом в мочевых камнях выявлялись при стерильной моче и наоборот, в отдельных случаях наличие бактерий в моче имело место при отсутствии их в мочевых камнях.

Белоусова И.Э., Ламоткин И.А., Рукавицын А.О.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Кафедра кожных и венерических болезней

Целью нашего исследования было определить гистологические варианты удаленных меланоцитарных невусов в различных возрастных группах. Проведен ретроспективный анализ 341 случая патоморфологической верификации меланоцитарных невусов у 302 пациентов на базе патологоанатомического отделения ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» за период с января 2011 г. по декабрь 2013 г.

Исследуемые пациенты были разделены на 5 возрастных групп: молодого возраста (18-29 лет) – 56 человек (18,5%); зрелого возраста (30-44 года) – 72 человека (23,8%); среднего возраста (45-59 лет) – 89 человек (29,5%); пожилого возраста (60-74 года) – 71 человек (23,5%); старческого возраста (75-89 лет) – 14 человек (4,7%). У пациентов молодого возраста (n=56) было удалено 58 меланоцитарных новообразований: пограничные невусы – 8 (13,8%); смешанные невусы – 2 (3,4%); внутридермальные невусы – 16 (28,6%); папилломатозные внутридермальные невусы – 28 (48,3%); диспластические невусы – 1 (1,7%); голубые невусы – 1 (1,7%); невус Шпиц – 1 (1,7%); невус Рида – 1 (1,7%). У пациентов зрелого возраста (n=72) было удалено 86 меланоцитарных новообразований: пограничные невусы – 3 (3,5%); смешанные невусы – 4 (4,7%); внутридермальные невусы – 26 (30,2%); папилломатозные внутридермальные невусы – 48 (55,8%); диспластические

невусы – 3 (3,5%); голубые невусы – 2 (2,3%). У пациентов среднего возраста (n=89) было удалено 99 меланоцитарных новообразований: смешанные невусы – 6 (6,1%); внутридермальные невусы – 28 (28,3%); папилломатозные внутридермальные невусы – 63 (63,6%); диспластические невусы – 1 (1%); голубые невусы – 1 (1%). У пациентов пожилого возраста (n=71) было удалено 84 меланоцитарных новообразований: смешанные невусы – 9 (10,7%); внутридермальные невусы – 26 (31%); папилломатозные внутридермальные невусы – 46 (54,8%); диспластические невусы – 3 (3,6%). У пациентов старческого возраста (n=14) было удалено 14 меланоцитарных новообразований: внутридермальные невусы – 4 (28,6%); папилломатозные внутридермальные невусы – 9 (64,3%); диспластические невусы – 1 (7,1%).

Таким образом, во всех возрастных группах чаще всего удаляются папилломатозные внутридермальные невусы (n=194, 56,9%) и внутридермальные невусы (n=100, 29,3%). Значительно реже удаляются меланоцитарные невусы смешанные (n=21, 6,2%), пограничные (n=11, 3,2%), диспластические (n=9, 2,6%), голубые (n=4, 1,2%), Шпиц и Рида (по одному случаю, соответственно по 0,3%). Невусы Шпиц и Рида верифицировались по морфологическим признакам только у лиц молодого возраста (18-29 лет), пограничные невусы – у пациентов до 44 лет, другие категории невусов (смешанные, внутридермальные и диспластические) – во всех возрастных группах.

Белоусова И.Э., Ламоткин И.А., Рукавицын А.О.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Кафедра кожных и венерических болезней

В настоящее время частота обращений пациентов за диагностикой тех или иных меланоцитарных новообразований кожи очень высока. Однако, диагноз, поставленный врачом, на основании клинической картины зачастую является ошибочным. Целью нашего исследования было выявить процент совпадения клинического диагноза с гистологическим у пациентов с различными меланоцитарными невусами.

Выполнен анализ 205 случаев патоморфологической верификации меланоцитарных невусов на базе патологоанатомического отделения ГВКГ им. Н.Н. Бурденко за период с января 2011 г. по декабрь 2012 г. У 87 пациентов (42,4%) невусы удаляли с помощью хирургического иссечения, у 62 (30,2 %) – электрокоагуляции, у 45 (22 %) – CO_2-лазерной деструкции, у 11 (5,4 %) – радиоволновой хирургии. Меланоцитарные невусы удалялись в различных медицинских подразделениях ГВКГ им. Н. Н. Бурденко: 47 (23 %) в условиях консультативно-диагностического центра госпиталя, 64 (31 %) – коечных отделений госпиталя, 94 (46 %) – различных филиалов госпиталя. Совпадение клинического и патоморфологического диагнозов отмечалось в 125 (61%) случаях. При постановке клинического диагноза расхождение с окончательным диагнозом было у 80 (39%) пациентов с меланоцитарными невусами. В этих случаях предварительными диагнозами были: новообразование – 32 пациента (15,6%), папиллома – 20 (9,8%), кератома – 7 (3,4%), кератопапиллома – 5 (2,4%), фибропапиллома – 8 (4%), дерматофиброма – 5 (2,4%), базалиома – 2 (1%) и липома – 1 (0,4%). Ошибочные диагнозы чаще всего устанавливались врачами в различных филиалах госпиталя (25,9%) и в коечных отделениях госпиталя (10,7%), значительно реже ошибались в консультативно-диагностическом центре госпиталя (2,4%). Ошибочные предварительные диагнозы «папиллома», «фибропапиллома», «дерматофиброма», «базалиома» и «липома» устанавливались врачами в случаях с дермальными меланоцитарными невусами, «кератопапиллома» – в случаях с папилломатозными и кератотическими дермальными невусами, «кератома» – у пациентов со смешанными или пограничными меланоцитарными невусами.

Таким образом, не совпадение клинического и патоморфологического диагноза у пациентов с меланоцитарными невусами отмечалось в 39% случаев. Предварительными диагнозами были: новообразование, папиллома, кератома, кератопапиллома, фибропапиллома, дерматофиброма, базалиома и липома. Высокий процент (25,9%) установки ошибочных диагнозов в различных филиалах ГВКГ им. Н. Н. Бурденко свидетельствует о недостаточном знании клинической картины доброкачественных меланоцитарных опухолей кожи врачами данных медицинских подразделений госпиталя.

Бельских О.А.

ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ТЕРАПИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Целью исследования явилось совершенствование организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение качества стоматологического здоровья и проводимых санационных мероприятий у лиц, страдающих хронической почечной недостаточностью, находящихся на диализной терапии.

При совершенствовании стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в качестве контрольной группы служили 33 мужчины среднего возраста (от 45 до 59 лет), страдающие хронической почечной недостаточностью (ХПН) и получающие диализную терапию. Лечение основных стоматологических заболеваний этой группе пациентов проводилось по общепринятым правилам.Основную группу пациентов составили 37 мужчин среднего возраста (от 45 до 59 лет), которые, также как и пациенты контрольной группы, страдали хронической почечной недостаточностью (ХПН) и получающие диализную терапию. Лечение патологии твёрдых тканей зубов осуществлялось с помощью современных светоотверждаемых материалов. При выборе методов лечения тканей пародонта исходили из распространённости и степени тяжести течения патологии. При наличии пародонтальных карманов, последние устраняли с применением хирургического лечения оптимизаторов остеогенеза согласно общепринятых рекомендаций.Однако, в основной группе пациентов, перед лечением патологии твёрдых тканей зубов, с учётом полученных в исследовании сведений об их химическом составе, пациентам дополнительно рекомендовались курсы приёма биокорректоров питания, содержащих микроэлементы (кальций, фтор, фосфор, стронций и др.), чаще всего биокорректор питания «Альгиклам» по 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 суток на курс, двумя курсами в год.

Проведенное клиническое исследование с целью повышения эффективности стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у больных хронической почечной недостаточностью и находящихся на гемодиализной терапии показало, что для эффективной стоматологической реабилитации таких больных необходимо их динамическое наблюдение и лечение у врача-стоматолога, проведение профессиональной гигиены полости рта два раза в год, на фоне общей и местной терапии биокорректорами питания, содержащими микроэлементы и витаминные комплексы. Это позволяет добиться хороших отдалённых результатов лечения кариеса, некариозных поражений зубов, а также заболеваний слизистой оболочки полости рта. Лечение пульпита и периодонтита часто не были эффективны, что связано со сниженной иммунологической реактивностью и резистентностью организма таких больных на фоне хронической болезни почек и гемодиализной терапии. Необходима разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение эффективности лечения осложнённых форм кариеса у таких больных с учетом их коморбидной патологи.

Бельских О.А.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Проведено исследование по оценке болевой (эстезиометрия) и вкусовой (электрогустометрия) чувствительности слизистой оболочки полости рта (СОПР) и языка у взрослых людей страдающих хронической болезнью почек (ХБП), а также у здоровых людей (контрольная группа).

Изучение порога болевой чувствительности СОПР у людей контрольной группы показало, что достоверных различий в зависимости от стороны (справа, слева) изучения данного показателя не установлено ($p > 0,05$). В среднем у них показатели эстезиометрии СОПР составили 30,21+1,60 г/мм^2. При обследовании людей среднего возраста, страдающих хроническим пиелонефритом (ХП) и хроническим гломерулонефритом (ХГ) не выявлено достоверных различий средней величины исследованного показателя по сравнению с аналогичным в контрольной группе ($p>0,05$). Средние значения показателей эстезиометрии у больных, страдающих ХП и ХГ составили, соответственно, 31,46+1,73 г/мм^2 и 32,44+1,75 г/мм^2. У пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью (ХПН), не зависимо от использования гемодиализа, показатели эстезиометрии слизистой оболочки полости рта были достоверно выше на 5 - 11 г/мм^2 ($p<0,05$) чем, у лиц контрольной группы. Очевидно, что в основе нарушения болевой чувствительности СОПР при ХБП лежат морфологические изменения в нервном аппарате. Имеются морфологические исследования показывающие, что при тяжёлой и длительно протекающей патологии внутренних органов и систем организма возможно выявление умеренно выраженных дистрофических и дегенеративных изменений мелких нервов СОПР, проявляющиеся в дезорганизации миелина, полной демиелинезации части аксонов, иногда некроз периневрия, а также вакуолизации аксоплазмы (О.А. Копыл, 2011).

Изучение порога возбуждения вкусовых анализаторов языка у людей контрольной группы позволило установить средние значения электрогустометрии, которые характерны для здоровых мужчин среднего возраста. У них средний показатель электрогустометрии составил 0,35+0,02 мкА. При обследовании мужчин среднего возраста, страдающих ХП и ХГ не выявлено достоверных различий ($p>0,05$) при сравнении средних значений показателей электрогустометрии по сравнению с аналогичным в контрольной группе. Средние значения показателей электрогустометрии у больных, страдающих ХП и ХГ, составили, соответственно, 0,34+0,03 мкА и 0,35+0,02 мкА. У пациентов, страдающих ХПН, не зависимо от использования гемодиализа, показатели электрогустометрии были достоверно выше ($p<0,05$) чем, у лиц контрольной группы. Так, При ХПН показатели электрогустометрии у людей среднего возраста не находящихся на гемодиализе составили 0,73+0,09 мкА, и 0,88+0,11 мкА - у лиц, страдающих ХПН и находящихся на гемодиализе. Очевидно, такие изменения вкусовой чувствительности языка у обследуемых лиц, страдающих ХБП, также обусловлены наличием у них полиневропатии, которая встречается практически у всех пациентов, страдающих ХПН. Исследование показало, что нахождение пациентов, страдающих ХПН, на гемодиализе практически не приводит к улучшению исследованных показателей болевой чувствительности СОПР, а также вкусовой чувствительности языка, что очевидно, связано с глубокими морфологическими изменениями, происходящими при системном поражении нервной ткани при длительно и тяжело протекающей патологии внутренних органов, в частности ХПН.

Бескровный С.В., Байбуз Д.В., Долгов Г.В., Кравченко А.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННЕГО СРОКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Наступление беременности у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом не всегда гарантирует её благополучное окончание. Прерывание беременности особенно часто встречается на доплацентарном этапе её течения в силу исходной недостаточности желтого тела беременности или недостаточной поддержки его со стороны гипоталамо-гипофизарной системы регуляции яичников. В равной степени это относится и к беременным с исходной гиперпролактинемической недостаточностью яичников, лечившимся по поводу бесплодия.

Гиперпролактинемическая недостаточность яичников – наиболее частый тип нарушений в гипоталамо-гипофизарно-овариальной системе (до 30%), связанный с дефицитом дофамина в синапсах нейронов подкорковой области. Рост уровня пролактина (ПРЛ) в крови является гормональным маркером гиперпролактинемии (ГПР), коррелирующим со степенью тяжести нарушения репродуктивной функции – нарушением менструального цикла, бесплодием, невынашиванием беременности. Помимо участия в формировании предовуляторного пика гонадотропинов, обеспечивающего выход яйцеклетки в середине цикла, пролактин ответственен за процессы нидации и имплантации оплодотворенной яйцеклетки и далее поддержку последующего развития ранних сроков наступившей беременности. Будучи регулятором обменных процессов в организме пролактин реализует свой сохраняющий эффект на беременность через эстрогены. При этом, как дефицит его продукции, так и избыток может нарушать нормальное течение доплацентарного этапа беременности.Основным патогенетическим препаратом терапии ГПР является агонист дофамина бромокриптин. Хотя безопасность применения агонистов дофамина (с целью коррекции ГПР) для матери и плода доказана, вместе с тем до сих пор сохраняется точка зрения ряда авторов о нецелесообразности продолжения приема этих препаратов с наступлением беременности.

С целью решения данного вопроса нами исследовано течение первого триместра беременности у 46 женщин в возрасте 20-43-х лет с исходным бесплодием гиперпролактинемического генеза. Первичный дофаминдефицитный характер заболевания подтверждался эутиреоидными показателями функции щитовидной железы. ГПР носила транзиторный характер (с повышенными значениями ПРЛ только в конце цикла) у 29 (63%) женщин. Стабильная форма ГПР выявлена у 11 (23%) больных, в том числе у 2-х больных с оперированной в прошлом макропролактиномой гипофиза, анатомическая (микро- и макропролактинома) – у 6 (14%).

Лечение ГПР проводилось бромокриптином в индивидуально подобранной суточной дозе. Беременность наступила на фоне снижения уровня ПРЛ крови до 400-450 мМЕ/л с восстановлением полноценного менструального цикла. При наступлении беременности прием бромокриптина продолжался в той же дозе, на которой она наступила, до 15-й недели беременности у пациенток с функциональной ГПР, до конца её – при анатомической форме. Попытка более ранней отмены препарата сопровождалась появлением симптомов угрожающего невынашивания. Нормальное течение доплацентарного этапа беременности контролировалось с помощью клинических, ультразвуковых, гормональных и цитологических показателей.

Результаты исследования свидетельствуют о патогенетической необходимости сохранения дозировки агониста дофамина, на фоне которой наступила индукция овуляции и настоящая беременность, на доплацентарном этапе последней. Преждевременная отмена препарата может привести к разрыву синаптических дофаминергических нейрональных

связей в центральных отделах регуляции репродуктивной системы, нарушению поддержки гипофизом желтого тела беременности и потере последней.

Бескровный С.В., Шмидт А.А., Долгов Г.В., Кравченко А.Г., Островская Ю.А.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Санкт-Петербург,Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

С целью уточнения роли тиреоидной патологии в генезе невынашивания ранних сроков изучены особенности течения беременности у 50 женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) как компенсированным до наступления настоящей беременности (22 женщины), так и некомпенсированным, впервые выявленном при настоящей беременности (28 женщин), находящихся под постоянным мониторингом гормонов щитовидной железы и антител к ним.

В группе из 28 женщин 25-34 лет с впервые выявленным при беременности АИТ увеличение уровня антител к тиреоглобулину в сыворотке крови от 1,5 до 23-х раз выше нормы (свыше 100 МЕ/мл) имело место у всех обследованных, а уровня антител к тиреоидной пероксидазе (свыше 30 МЕ/мл) – у 78,2% (22) из них. Титры обоих видов антител оказались повышены в крови 74,1% (21) женщин. Абсолютное снижение функциональных резервов щитовидной железы (ЩЖ) (рост уровня ТТГ свыше 3,4 мМЕ/л) отмечено у 57% (16) пациенток с впервые выявленным при беременности АИТ. При этом гипофункция (ЩЖ) носила субклинический характер у большинства (2/3) из них. Относительное снижение активности ЩЖ (ТТГ – 2,5-3,4 мМЕ/л) обнаружено у 21% (6) беременных с признаками угрожающего невынашивания. Только у каждой 5-й беременной (6) с явлениями угрожающего невынашивания уровень ТТГ колебался в пределах 1,0-1,8 мМЕ/мл, что свидетельствовало о достаточных функциональных резервах ЩЖ. Угрожающее или начавшееся невынашивание имело место у всех 22-х беременных с некомпенсированной недостаточностью щитовидной железы. Несмотря на попытку быстрого подбора адекватной замещающей дозы Л-тироксина, проводившейся на фоне применения сохраняющей терапии половыми гормонами, самопроизвольный выкидыш произошел у 60% этих женщин (у 2/3 – по типу замершей беременности). В группе из 22-х женщин с компенсированным до настоящей беременности АИТ, несмотря на нормализацию функции ЩЖ к моменту наступления беременности ранние сроки последней протекали без явлений угрожающего невынашивания только у 1/3 (7) женщин этой группы. Клинические признаки невынашивания наблюдались у 18,9% (4), цитологическая картина угрожающего невынашивания по слабо выраженному гипоэстрогенному типу выявлена у 45,5% (10) беременных. Обследование функции ЩЖ у этих женщин показало, что наступление беременности у них сопровождалось относительным снижением в сыворотке крови уровней обоих тиреоидных гормонов – T_4 до 118,5±4,5 и T_3 до 1,6±0,1 нмоль/л (до беременности – 131,3±4,1 и 1,7±0,1 нмоль/л, соответственно), что свидетельствовало о развитии относительной гипотироксинемии. При сохранении среднего уровня ТТГ в группе (2,3±0,8 мМЕ/л) в пределах нормальных колебаний, рост его у отдельных беременных свыше 2,6 мМЕ/л сопровождался развитием картины угрожающего невынашивания. Нормализация тиреоидной функции больных данной группы приводило к исчезновению симптомов невынашивания. Увеличение исходной, применявшейся до наступления настоящей беременности, суточной дозировки Л-тироксина производилось постепенно с укороченными, в сравнении с принципами подбора дозы вне беременности, до 5 дней интервалами. Подбор оптимальной суточной дозы тиреоидного препарата осуществлялся в первую очередь под контролем динамики ТТГ в крови, как более стабильного (в сравнении с уровнем свободного T_4) параметра, отражающего не только положительные сдвиги в работе ЩЖ по ликвидации

периферического тиреоидного дефицита, но и сопутствующее нормализующее влияние тиреоидных гормонов на центральные регуляторные механизмы половой системы в условиях гормонального невынашивания ранних сроков беременности. Параллельно использовался второй метод контроля – динамика цитологического контроля влагалищного эпителия у беременных с невынашиванием беременности ранних сроков тиреоидного генеза. Увеличение суточной дозировки тиреоидного препарата в сравнении с исходной, применявшейсядо наступления беременности, дозой составило 1,5-2 раза. Стабильная ликвидация симптомов угрожающего невынашивания достигалась в исследуемой группе беременных женщин при снижении уровня ТТГ в сыворотке крови до 1-1,5 мМЕ/л.

Таким образом, невынашивание беременности ранних сроков характерно для женщин с некомпенсированной недостаточностью ЩЖ на фоне АИТ (и чаще протекает по типу замершей беременности). Вместе с тем, развития невынашивания беременности ранних сроков на фоне АИТ следует ожидать даже при исходной, до наступления настоящей беременности, адекватной компенсации функции ЩЖ. Причиной его является типичная для ранних сроков беременности функциональная относительная гипотироксинемия, более выраженная в условиях частичной блокады тиреоидной паренхимы на фоне АИТ. Цитологическая картина угрожающего невынашивания тиреоидного генеза выявляется уже на фоне относительного снижения функциональных резервов ЩЖ (роста уровня ТТГ в сыворотке крови свыше 2,6 мМЕ/л), не выходящего за пределы физиологической нормы. Применение стандартной сохраняющей терапии половыми гормонами не создает гарантии сохранения беременности у женщин с невынашиванием тиреоидного генеза в связи со снижением тканевого метаболизма при гипотиреозе. Возможность сохранения беременности на фоне АИТ в значительной степени определяется скоростью и эффективностью компенсации недостаточности ЩЖ. Оптимальная дозировка заместительной тиреоидной терапии достигается при снижении уровня ТТГ в сыворотке крови до 1-1,5 мМЕ/л.

БиниенкоМ.А., СмиренинС.В., КесаеваИ.В., Юдинцева Н.М., Блинова М.И., ДавыденкоВ.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАЛЬНОГО ЭКВИВАЛЕНТА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

СПбГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн

ФГУН Институт цитологии РАН

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им.И.П. Павлова

По данным научной литературы дермальный эквивалент (ДЭ) - аллогенные дермальные фибробласты, заключенные в коллагеновый гель, оказался эффективным средством при лечении ожогов и трофических язв (ТЯ) венозной этиологии. В отношении эффективности ДЭ при лечении диабетических ТЯ сведений почти нет.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы (СДС) путем использования дермального эквивалента.

Материал и методы. Проанализированы 40 случаев лечения больных с синдромом диабетической стопы в Госпитале для ветеранов войн. Сформированы:основнаягруппа (n=20): 10 пациентов с нейропатической формой СДС и 10 пациентов с нейроишемической формой СДС, где дополнительно к стандартному лечению применялся ДЭ. Сравнение проводилось с контрольной группой (n=20), где проводилось стандартное лечение. Стандартное лечение включало в себя разгрузку стопы, медикаментозную терапию (коррекция гипергликемии, ангио-нейротропная терапия), антибиотикотерапию,

гипербарическую оксигенацию, фотомодификацию крови, местное лечение. Для хирургической обработки ТЯ применялась ультразвуковая кавитации. Пациентам с нейроишемической формой СДС проводили эндоваскулярную реваскуляризацию. После очищения язв и бактериологического контроля больнымосновной группывыполнялось закрытие ТЯ дермальным эквивалентом. Перевязки производились через 2 дня. Больные выписывались на амбулаторное лечение, где проводился мониторинг за скоростью заживления язвы.

Результаты. Дермальный эквивалент показал более высокую эффективность в основной группе. Скорость эпителизации в основной группе была выше. При сравнении скорости эпителизации при нейропатической и нейроишемической формами СДС у пациентов основной группы, ДЭ оказался наиболее эффективным при нейропатической форме СДС. Скорость заживления язв коррелировала с транскутарным напряжением кислорода на стопе. (При TpO_2 менее 20 мм рт ст. появлялись участки некрозов в области язв). При высокой окклюзии (поверхностной бедренной артерии) без реваскуляризации эффективность применения ДЭ низкая. Наибольшая скорость эпителизации отмечена в течение первого месяца после применения ДЭ.

Выводы. Применение дермального эквивалента при лечении диабетических ТЯ оказалось наиболее эффективным при нейропатической форме СДС. У больных с нейроишемической формой СДС, применение ДЭ возможно после коррекции регионарной гемодинамики и микроциркуляции (уровень транскутарного напряжения кислорода должен быть выше 20мм рт ст.).

Биниенко М.А., СмиренинС.В., Кесаева И.В., Юдинцева Н.М., Блинова М.И., Давыденко В.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

СПб ГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн. Санкт-Петербург

Цель исследования – изучить ближайшие результаты лечения больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. Нами были изучены непосредственные результаты лечения больных с СДС, проходивших стационарное лечение в госпитале для ветеранов войн (ГВВ) с 2011 года по первое полугодие 2014 года. 75% пациентов были старше 80 лет. Все больные были с тяжелым полиморбидным фоном: перенесенными инфарктами, инсультами в анамнезе, постоянной формой мерцательной аритмии, стенокардией различного функционального класса.

Со второго полугодия 2012 года в ГВВ внедрены эндоваскулярные методы лечения. При выполнении ангиографии артерий нижних конечностей, в подавляющем большинстве случаев выполнялась баллонная ангиопластика (БАП) и стентирование артерий нижних конечностей, что позволяло ограничиться ампутацией в пределах стопы и сохранить опороспособность конечности. Так с первого полугодия 2012 года по первое полугодие 2014 года выполнено 129 баллонных ангиопластик и 35 стентирований артерий нижних конечностей. Из них у 6 пациентов стент установлен в наружную подвздошную артерию, у 24 пациентов в поверхностную бедренную артерию, у 5 — в подколенную артерию.

В 2013 году у больных с сахарным диабетом выполнено 75 ампутаций нижних конечностей на различных уровнях, в связи с необратимыми изменениями в тканях голени и стопы, обусловленными атеросклеротическим поражением артерий. Больным, которым была показана ампутация, мы старались ограничиться малой ампутацией, учитывая данные ангиографии и ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) артерий нижних

конечностей. Всего за 2013 год выполнено 37 малых ампутации (пальца, стопы по Шарпу), 38 высоких ампутации (на уровне бедра и голени), 44 некрэктомии. За первое полугодие 2014 года 26 малых ампутации, 17 высоких ампутации, 78 некрэктомий. В 2011 году, до введения эндоваскулярных методов лечения, количество малых ампутаций составило 12, высоких ампутаций — 44. Если в 2011 г и 2012 г соотношение высоких и малых ампутации составило 4:1, то с введением баллонной ангиопластики соотношение составило 1:1, а за первое полугодие 2014 года соотношение было 2:1. Возросло количество некрэктомий, как окончательных операций. Если в предыдущие годы количество некрэктомий составляло около 10 за год, то в 2013 году их выполнено 44, за первое полугодие 2014 года количество некрэктомий составило 78.

Результаты. По сравнению с 2011 годом в 2013 году среди малых ампутаций увеличилось количество ампутаций пальцев в 4 раза, увеличилось количество ампутаций стопы по Шарпу на 35%, в 2 раза увеличилось количество ампутаций в в/3 голени, на 30% уменьшилось количество ампутаций в с/3 бедра.

Выводы. Благодаря внедрению эндоваскулярных методов лечения больным с СДС удалось уменьшить количество высоких ампутаций на 20%, в 3 раза возросло количество малых ампутаций, направленных на сохранение опороспособности конечности.

Бисенков Л.Н., Попов В.И., Шалаев С.А., Нечипорук В.М., Попова Т.В.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

У 120 больных острыми инфекционными деструкциями легких (84- острый абсцесс легкого, 20 – ограниченная гангрена и у 16 распространенная гангрена легкого) прослежена взаимосвязь между вирусемией и течением гнойно-деструктивного процесса. Удалось установить, что наличие вирусной инфекции почти в 2 раза чаще приводит к возникновению инфекционных осложнений: пиопневмоторакса, эмпиемы плевры др.

Дальнейшее изучение патогенеза острых инфекционных деструкций легких показало, что общим нарушением для абсцесса и гангрены легкого является подавление функциональной активности и противовирусной резистентности моноцитов и лимфоцитов, как за счет увеличения количества пораженных клеток, так и степени их вирусного поражения. Необходимо отметить, что подавление функциональной и фагоцитарной активности при гангрене более выражено, чем при абсцессе легких.

С целью уточнения и выяснения этапа происхождения нарушения функциональных свойств и неспецифической противовирусной резистентности мононуклеарных фагоцитов, предприняли изучение клеток костного мозга у 56 больных острыми инфекционными деструкциями легких. Было установлено, что имеется существенное снижение фагоцитарной и функциональной активности, а также значительное повышение процента моноцитов и лимфоцитов с вирусными включениями пула костного мозга.

Таким образом, выявленное вирусное поражение лимфоцитов и моноцитов костного мозга у больных острыми инфекционными деструкциями легких способствует поступлению в кровоток заведомо неполноценных иммунокомпетентных клеток и тем самым содействует прогрессированию гнойно-деструктивного процесса в легочной ткани.

Блищ О.Ю.

ВЫРАЖЕННОСТЬ МР-ПРИЗНАКОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХРЯЩЕВЫХ СТРУКТУР ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ФЕМОРОАЦЕТАБУЛЯРНОГО ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Фемороацетабулярный импинджмент-синдром – частая причина боли и дегенеративно-дистрофических изменений различных структур тазобедренного сустава у пациентов молодого и среднего возраста. Выделяют три типа импинджмент-синдрома тазобедренного сустава. Бедренный тип обусловлен сглаженностью перехода головки бедра в шейку или варусной деформацией бедра. Вертлужный тип синдрома отмечается при наличии локального или диффузного увеличения глубины вертлужной впадины. Смешанный тип сочетает признаки первых двух типов. Пусковым механизмом развития необратимых и прогрессирующих патологических изменений в суставе служит «раздавливание» суставной губы между костными структурами сустава при нормальных движениях.

Цель. Определение особенностей поражениях суставной губы и суставного хряща при фемороацетабулярном импинджмент-синдроме различных типов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты МРТ 40 человек моложе 50 лет (средний возраст – 42,9±6,7 лет) с жалобами на боль в тазобедренном суставе и морфометрическими признаками различных типов фемороацетабулярного импинджмент-синдрома в суставах. МР-исследование проводили на аппаратах с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, по специально разработанной методике. Выраженность и наличие признаков коксартроза оценивали в соответствии с МРТ полуколичественной шкалой оценки (Hip Osteoarthritis MRI Scoring System (HOAMS), F.W. Roemer с соавт.). Определяли «степень» повреждения суставного хряща, выраженность остеофитов, «степень» повреждения суставной губы, наличие ее гипертрофии, паралабральных кист и другие признаки.

Результаты. Фемороацетабулярный импинджмент-синдром был выявлен в 62 суставах обследованных пациентов. Наибольший суммарный балл выраженности признаков коксартроза (14,75 баллов) определяли в суставах с признаками импинджмент-синдрома вертлужного типа (n=8 суставов; 12,9%). При смешанном типе (n=16 суставов; 25,8%) средний суммарный балл коксартроза составил 10,25. При бедренном типе (n=38 суставов; 61,3%) выраженность коксартроза была достоверно меньше (5,9 баллов), чем при вертлужном и смешанном типах ($p<0,005$; $F=1,3$ и 4,5, соответственно). Достоверной разницы степени дегенеративно-дистрофических изменений суставной губы и частоты ее гипертрофии при различных типах импинджмент-синдрома выявлено не было ($p>0,05$). При вертлужном типе синдрома паралабральные кисты определяли достоверно чаще ($p<0,005$; $F=1,6$), чем при бедренном типе. В суставах с вертлужным типом синдрома отмечали достоверное преобладание тяжести повреждения суставного хряща и выраженности краевых костных разрастаний головки бедра и вертлужной впадины ($p<0,005$).

Выводы. Повреждение суставной губы является, вероятно, первоначальным патологическим изменением в суставе при различных типах импинджмент-синдрома. По мере развития заболевания бóльшие проявления коксартроза характерны для суставов с вертлужным типом синдрома. Дальнейшее прогрессирование коксартроза в таких суставах помимо механизма «раздавливания» губы и хрящевой ткани сустава между костными структурами сустава обусловливается, вероятно, повреждением суставного хряща в задненижнем отделе вертлужной впадины по противоударному механизму, характерному для этого типа импинджмент-синдрома тазобедренного сустава.

Блюмина С.Г., Железняк И.С., РомащенкоП.Н.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель работы - оптимизация результатов компьютерной томографии и повышении качества дифференциальной диагностики образований надпочечников.

На основании проведенного клинико-лабораторного и морфологического исследований удаленных опухолей надпочечников проведен анализ компьютерных томограмм 238 пациентов. Компьютерную томографию (КТ) выполняли на аппарате «Aquilion 64» (Toshiba, Япония) с внутривенным введение 100 мл неионного контрастного препарата Ультравист 370. Сканирование выполнялось в нативную, артериальную, паренхиматозную и экскреторную фазы на 25 секунде, 120 секунде и 10 минуте после начала введения контрастного препарата. Оценивали плотность опухолевой ткани, а также проводили расчет «абсолютного» и «относительного» процента вымывания контрастного средства.

Аденомы, независимо от их гормональной активности, визуализировались на КТ как гомогенные мягкотканые образования округлой или овоидной формы с гладкими ровными контурами, их средний размер составлял 2,8 ± 1,6 см. Двустороннее поражение имело место в 15% наблюдений. Диаметр хромаффином колебался от 1 до 15 см, в среднем 7-8 см. Адренокортикальный рак (АКР) на КТ визуализировался как опухоль неоднородной структуры, неправильной формы, с неровными бугристыми контурами, диаметром от 2,8 до 18 см, составив в среднем 8-9 см.

Определено, что нативная плотность альдостером составила 3,5±8,4 HU, которая на фоне введения контрастного вещества в паренхиматозную фазу сканирования повышалась до 30,0±2,8 HU, при отсроченном сканировании – снижаласьдо 20±4,5 HU. Для кортикостером нативная плотность составила 19,38±2,2 HU с равномерным накоплением контрастирующего препарата в паренхиматозную фазу сканирования до 46,0±3,4 HU, при отсроченном сканировании – до 18,0±3,4 HU. Нативная плотность хромаффином колебалась от 18 до 60 HU, составив в среднем 38,8±3,6HU, после внутривенного введения контрастного препарата плотность хромаффином достоверно повышалась в паренхиматозную фазу до 65,0±3,0HU, в отсроченную уменьшалась до 50,6±2,5HU($p<0,05$). Для гормонально-неактивных опухолей определена характерная нативная плотность 38,8±3,5 HU, которая после внутривенного введения контрастного вещества не менялась. Показатели абсолютного вымывания контрастного препарата в отсроченную фазу сканирования составляла во всех случаях доброкачественных аденом и хромаффином более 60%, относительного – более 40%. Средняя нативная плотность опухоли при АКР составила 46,5±5,5 HU, а после внутривенного введения контрастного препарата повышалась до 58,4±4,0 HU. При отсроченном сканировании через 10 мин – вымывание контрастного вещества было незначительно, плотностные показатели составили 50,0±6,5 HU (абсолютное значение «вымывания» <60%, относительное значение «вымывания» <40%).

Установлено, что КТ с внутривенным введением контрастного препарата позволяет диагностировать альдостерому с чувствительностью 97,5%, кортикостерому – 93,1%, гормонально-неактивные образования – 89,2%, хромаффиномы – 97,8%, адренокортикальный рак – 96,6%.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой чувствительности и специфичности компьютерной томографии в постановке окончательного диагноза при различных опухолях надпочечников в предоперационном периоде.

Блюмина С.Г., Железняк И.С., РомащенкоП.Н.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ НАВИГАЦИЯ В ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Целью исследования было изучение возможности компьютерной томографии (КТ) в диагностике опухолей надпочечников и обосновании оптимального эндовидеохирургического (ЭВХ) доступа для адреналэктомии (АЭ).

Основу работы составили результаты обследования и хирургического лечения 1035 больных хирургическими заболеваниями надпочечников, среди которых 674 прооперированы эндовидеохирургически со сроками наблюдения до 15 лет. Среди них 178 больных прооперированы лапароскопическим доступом, 496 – ретроперитонеоскопическим. Для оптимизации тактических и технических подходов к выполнению адреналэктомии ЭВХ доступами, для преемственности полученных ранее топографо-анатомическихданных, нами проведены компьютерно-томографические исследования на аппарате Aquilion 64 (Toshiba, Япония). Использовали внутривенное введение 100 мл неионного контрастного препарата Ультравист370 мгI/мл. Проведение КТ позволила на дооперационном этапе оценить топографию и синтопию опухоли надпочечника и смоделировать рациональный вариант ЭВХ АЭ. По данным КТ были выделены следующие критерии, учитывающие топическую локализацию опухоли надпочечника: правостороннее или левостороннее расположение; одно- или двустороннее поражение; низкое (на уровне L1), среднее (на уровне Th12) или высокое (на уровне Th11) расположение надпочечника с опухолью; ретрокавальное расположение; диаметр опухоли менее или более 8 см; наличие признаков прорастания опухолью капсулы надпочечника и прилежащих органов. Установлено, что выявлениепри КТ левосторонней локализации опухоли надпочечника вне зависимости от уровня его расположения рациональным ЭВХ доступом является ретроперитонеоскопический. Выявление приКТ нормального или высокого расположения опухоли правого надпочечника или ее ретрокавальная дислокация определяют рациональный доступ для АЭретроперитонеоскопический, при низкой локализации – лапароскопический. Опухоли диаметром более 8 см, адренокортикальный ракIII-IV стадии (T3-4N0-1M0; TxNxM1), злокачественная хромаффинома с признаками инвазивного роста или метастазирования по данным КТ являются показанием для выполнения АЭ путем торакофренотомии в X межреберье.

Таким образом, детальныйанализ результатов КТ до операции и их правильная интерпретация позволяют сформировать пространственное представление о топографии и синтопии надпочечника с опухолью и осуществить выбор оптимального варианта эндовидеохирургического доступа для выполнения адреналэктомии, что подтверждено хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Бобров А.Л.[1], Барсуков А.В.[1], Мирохина М.А.[1], Тупицын В.В.[1], Кулик А.А.[1], Меньков И.А.[2]

СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНОЙ С ГИГАНТСКИМ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ НА ФОНЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Представляется история болезни пациентки Е., 65 лет, находившейся на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии ВМедА в июле 2015 г. При поступлении больная предъявляла жалобы на инспираторную одышку при минимальных нагрузках; ухудшение ночного сна из-за одышки; отеки ног до коленных суставов; выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания: Считает себя больной с 17 лет, когда при медицинском осмотре был выявлен митральный стеноз. В 1972 г. выполнена закрытая митральная комиссуротомия. В 1997 г. осуществлено протезирование митрального клапана по поводу комбинированного митрального порока ревматического генеза. В 2013 г. проведена имплантация постоянного электрокардиостимулятора (VVI) по поводу развившейся на фоне ревматического кардиосклероза постоянной фибрилляции предсердий и атривентрикулярной блокады 2-3 степени. Весной 2015 г. отмечает усиление одышки, появление отёков на ногах.

Госпитализирована в клинику в плановом порядке для проведения обследования. Объективно: пульс 60-65 уд/мин, аритмичный; АД - 110/60 мм рт.ст., пастозность голеней, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. На ЭКГ фибрилляция предсердий с ЧСЖ 60-65 уд/мин, эпизоды правожелудочковой ЭКС с ЧСС 60 уд/мин. При обзорной рентгенографии органов грудной клетки выявлена кардиомегалия с увеличением кардиоторакального индекса до 85%. При эхокардиографии на фоне желудочковой стимуляции отмечается увеличение объёма левого желудочка до 280 мл, левого предсердия - до 850 мл при нормальных значениях правых отделов сердца. Тяжёлая систолическая и диастолическая дисфункция ЛЖ: фракция выброса левого желудочка - 12%, сердечный выброс - 2,1 л/мин, Е/е’ - 17. Лёгкая аортальная недостаточность на фоне ревматического поражения клапана аорты. Дисфункция митрального протеза не выявлялась. Давление в лёгочной артерии не повышено. Внутрижелудочковаядиссинхрония с задержкой сокращения задней стенки левого желудочка по отношению к перегородке до 180 мс. На фоне собственного ритма отмечается улучшение сократимости: исчезновение внутрижелудочковойдиссинхронии (задержка уменьшалась до 50 мс), увеличение фракции выброса левого желудочка в 2 раза. При компьютерной томографии сердца подтверждалась выраженная дилатация левых камер сердца, в особенности предсердия, исключено тромбообразование его полости.

Обращало на себя внимание отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии сердечной недостаточности, включая максимальные дозы диуретиков. Сопоставление данных эхокардиографии в динамике за последние 3 года не выявило значимого изменения объёмов камер сердца, параметров ремоделирования. Отмечалось лишь выраженное падение сократимости левого желудочка. Было высказано предположение, что частая стимуляция оказывает негативный эффект на насосную функцию желудочков. Дополнительно выполненное суточное мониторирование ЭКГ выявило высокий процент стимуляции желудочков (до 64%). Одной из возможностей немедикаментозного воздействия на течение сердечной недостаточности является снижение процента желудочковой стимуляции путём снижения минимального её порога. В данном случае при поступлении в стационар порог составлял 60 уд/мин. Снижение параметра до 45-50 уд/мин позволит уменьшить частоту желудочковой стимуляции, улучшить глобальную сократимость, уменьшить проявления сердечной недостаточности.

Богородская И.Г., Галиева З.Я., Яппаров Р.Г.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Уфа, ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ

Введение Проблема поражения центральной нервной системы (прежде всего головного мозга), связанная с ВИЧ-инфекцией, стала особенно актуальной в последние годы.

Церебральный токсоплазмоз занимает ведущее место в структуре поражений головного мозга.

Цель исследования: изучение клинических особенностей церебрального токсоплазмаза у больных ВИЧ-инфекцией в Республике Башкортостан.

Материалы и методы: ретроспективный анализ лечения церебрального токсоплазмоза у больных с ВИЧ-инфекцией за период с 1987 года по 2015 год.

За последние годы отмечается рост пациентов госпитализированных в стационары республики на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, в том числе больных с поражением центральной нервной системы. Кумулятивно в Республике Башкортостан выявлено 28 случаев токсоплазмоза головного мозга, в том числе: в 2008 году – у 1 пациента, в 2010 году – у 1 пациента, в 2011 году – у 1 пациента, в 2012 году у 2 пациентов, в 2013 году – у 4 пациентов, в 2014 году – у 8 пациентов, за 9 месяцев 2015 года – у 11 пациентов. Среди пациентов, пораженных церебральным токсоплазмозом преобладали лица мужского пола - 24 чел. (85,7%). Средний возраст больных - 32,7 года (21-50 лет).

Пациентам проводились лабораторные исследования крови и мочи, определение антител класса IgG к Toxoplasmagondii в крови, магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Результаты Анализ клинического течения церебрального токсоплазмоза показал, что в 80% случаев заболевание начиналось постепенно с преобладанием симптомов интоксикации. В течение 1 – 2 месяцев всех больных беспокоили выраженная общая слабость, адинамия, повышение температуры тела до 38 – 40°С, слабость в конечностях, снижение памяти, головные боли различной интенсивности. У всех пациентов отмечалась заторможенность. У 12 пациентов были выявлены гемипарезы, у 5 - очаговые симптомы: парезы лицевого нерва, дизартрия, сенсорная афазия, шаткая походка. У 6 больных отмечались либо тонико-клонические судороги, либо изолированные судороги верхних или нижних конечностей. У большинства пациентов выявлялось выраженное снижение памяти даже в молодом возрасте. На фоне полного отсутствия критики к своему заболеванию часто преобладал благодушный фон настроения. При проведении клинических и биохимических анализов крови существенных отклонений лабораторных показателей у больных токсоплазмозом не выявлено. При исследовании иммунного статуса у 21 пациента (80,8% случаев) количество CD4-лимфоцитов в крови составило менее 100 кл/мкл, у 4 пациентов (15,4%) - от 100 до 200 кл/мкл; у одного пациента – 326 кл/мкл. При отсутствии или позднем начале этиотропного лечения заболевание прогрессировало, развивался отек головного мозга с наступлением летального исхода.Летальность среди больных токсоплазмозом в среднем составила 46,2% (12 чел.). Следует отметить снижение летальных исходов больных токсоплазмозом: в 2012 г. – 1 чел. (50%), в 2013 г.- 2 чел. (50%), в 2014 г. - 3 чел. (37,5%), в 2015 г. – 4 чел. (36,4%), что явилось следствием улучшения качества ранней диагностики и своевременным назначением этиотропного лечения при подозрении на поражение головного мозга. Смерть пациентов с токсоплазменным поражением головного мозга была связана с поздней постановкой этиотропного диагноза и отсутствием адекватного лечения вследствие несвоевременного обращения больных за медицинской помощью.

Выводы:

1.Количество больных с поражением ЦНС среди госпитализируемых в стационары ВИЧ-инфицированных лиц неуклонно возрастает.

2.Летальность среди больных с церебральной патологией остается высокой.

3.Учитывая, что начало заболевания протекает по типу ОНМК необходима настороженность неврологов, терапевтов в плане развития церебральной патологии на фоне ВИЧ-инфекции особенно у лиц молодого возраста.

Божченко А.П.[1], Белых А.Н.[1], Гугнин И.В.[2]

ПРИМЕР НЕКОРРЕКТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИСКЛЮЧЕНИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ

1 - г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;

2 - г. Великий Новгород, ФГБУЗ «Новгородское бюро судебно-медицинской экспертизы

Метод исключения – это один из видов логического доказательства, который состоит в перечислении всех частных случаев какого-либо общего положения, за исключением одного, и в доказательстве неприменимости их к требуемому выводу. В результате получается уверенность, что случай, оставшийся после исключения всех других, и есть искомый. Полная уверенность в справедливости вывода путем исключения достигается лишь тогда, когда перечисление всех случаев действительно полное и когда исключение каждого случая непреложно верно.Приведем наблюдение из нашей практики, когда пренебрежение некоторыми общеизвестными правилами диагностики стало причиной экспертной ошибки.

Труп пожилого мужчины в состоянии гниения (начальные проявления) обнаружен в квартире. Труп расчленен. Признаки прижизненного образования повреждений по плоскостям разделения отсутствуют. При сопоставлении частей тела определяется отсутствие грудины, легких и сердца. Прижизненные повреждения: переломы (без смещения отломков) обоих верхних рогов и надлом правой пластинки щитовидного хряща. Согласно результатам первичной комиссионной экспертизы, причина смерти – странгуляционная асфиксия, на что указывает наличие указанных выше повреждений органов шеи. Травма опасна для жизни и «могла» стать причиной смерти. В ходе допроса эксперт (один из членов экспертной комиссии) пояснил, что вывод о причине смерти следует расценивать как категоричный, поскольку все другие возможные причины смерти исключены: повреждений черепа и головного мозга нет; признаков острой массивной кровопотери нет; в ходе судебно-химического исследования каких-либо ядов в организме погибшего не обнаружено; иных повреждений и заболеваний, которые могли бы стать причиной смерти, не установлено.

В данном случае, во-первых, в заключении экспертов не обозначен весь перечень возможных причин смерти. Фраза «не обнаружено иных повреждений и заболеваний» является неопределенной. Из нее не ясно, какие именно повреждения (дополнительно) и заболевания были исключены и на основании чего. Между тем, у погибшего, как минимум, не были исследованы такие жизненно важные органы, как легкие и сердце (они отсутствовали у расчлененного трупа). Причина же смерти с высокой вероятностью могла быть связана с их непосредственным поражением.Во-вторых, исключение возможных причин смерти по факту не является непреложно верным. В отношении острой массивной кровопотери - имело место малокровие почек, чему не дано объяснение; в отношении отсутствия ядов – при наличии гнилостных процессов возможен ложный результат судебно-химического исследования, и эта возможность не исследована; в отношении отсутствия заболеваний – при исследовании трупа были описаны атеросклероз артериальных сосудов головного мозга и артериолосклероз сосудов почек. Отдельного рассмотрения заслуживает и якобы «позитивная» аргументация экспертного вывода о причине смерти - в рассматриваемом случае не были обнаружены характерные общеасфиктические признаки.

Анализ представленных примеров показывает важность соблюдения определенного алгоритма диагностики. Исходно процессустановлениядиагнозадолжен включатьанализ, систематизацию и обобщение первично обнаруженных симптомовболезниввиденозологическогоилисиндромногодиагноза. На этом этапе возможна прямая (позитивная) диагностика в случае обнаружения специфических признаков

(комплексов признаков). В противном случае на основе предварительной оценки совокупностей характерных признаков должны быть построеныдиагностическиегипотезы и определен перечень всех подлежащих проверке возможных (как минимум, наиболее вероятных) альтернатив.

Божченко А.П.[1], Гугнин И.В.[2]

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПРОБЛЕМЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ

1 - г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;

2 - г. Великий Новгород, ФГБУЗ «Новгородское бюро судебно-медицинской экспертизы

Уголовное законодательство нашей страны предусматривает ряд преступлений, когда право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь нарушается, и некоторые из них связаны с профессиональной деятельности медицинских работников. Одно из таких преступлений предусмотрено ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному». Являясь сравнительно редким, оно относится и к наиболее трудно и неоднозначно квалифицируемым - известно немало примеров принятия различных судебных решений по сходным ситуациям.

В большинстве стран мира исторически неоказание помощи больному было закреплено в уголовном законодательстве позже других видов преступления. Так, законы вавилонского царя Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) содержали 282 параграфа, 8 из которых определяли ответственность врача за профессиональные действия, но ни один из них не предусматривал ответственность за неоказания помощи больному. Право Древней Индии не считало преступлением неоказание помощи безнадежно больному. В Древнем Китае не наказывалось неоказание помощи не только неизлечимо больному, но и необеспеченному. В Древней Греции помощь безнадежно больным считали оскорблением богов, медицинское обслуживание могли позволить себе состоятельные граждане. Вместе с этим, следует заметить, что в относящейся к этому же периоду клятве Гиппократа (V-IV в. до н.э.) за всеми признаются одинаковые права на внимание и заботу со стороны врача. В Древнем Риме впервые к врачебной деятельности было применено понятие «ошибка»; к ошибкам относили неопытность, неосторожность и неоказание медицинской помощи, и они не были уголовно наказуемы. В эпоху раннего христианства появились законы, уже предусматривающие ответственность врача за неоказания помощи больному; позже за это была установлена ответственность и в мусульманском праве (Сорокина Т.С., 1994; и др.).В Древней Руси за смерть больного врач подлежал «умерщвлению», но, вместе с этим, не существовало специальных норм в отношении ответственности за неоказания помощи больному. В России времен Петра I рассматриваемый вид преступления приобрел приоритетный характер (в связи с необходимость и, вместе с этим, труднодоступностью медицинской помощи) - обязанность по оказанию помощи больному возлагалась на «лекаря» под угрозой смертной казни в случае необоснованного отказа и наступления неблагоприятных последствий.

Более позднее появление судебной практики рассматриваемого вида преступления, тесное переплетение его с нормами религиозного права стали причиной того, что методология юридической квалификации неоказания помощи больному к настоящему времени разработана в меньшей степени, нежели преступлений, непосредственно связанных с действиями врачей или иных медицинских работников (например, таких, как производство аборта, причинение по неосторожности вреда здоровью человека либо смерти и др.). Основные трудности квалификации неоказания помощи больному, на наш взгляд, связаны с установлением причинно-следственной связи наступивших негативных последствий для здоровья и жизни больного с бездействием – сложной философской категорией, значение которой различается (порой до противоположности) в различных науках, в частности в

медицине и праве. Кроме того, негативное значение имеет и отсутствие обобщения судебной практики по таким делам, сложность ее анализа вследствие узкопрофессиональной направленности деяний, составляющих объективную сторону преступления. На наш взгляд, указанная проблема является, прежде всего, правовой. Вместе с этим, она содержит элементы с медико-биологическим содержанием, что дает основание для рассмотрения ее в рамках судебно-медицинской специальности.

Божченко А.П.[1], Моисеенко С.А.[1], Теплов К.В.[2], Толмачев И.А.[1]

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЛАДОНЕЙ

1 - г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;

2 - г. Санкт-Петербург, ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Папиллярные узоры гребешковой кожи отражают адаптационные возможности человеческого организма и, тем самым, служат прогностическим критерием возможного возраста дожития. Некоторые патологические признаки ладонной дерматоглифики с различной частотой встречаются в выборке взрослых и детей. Например, четырехпальцевая борозда ладони в выборке лиц детского возраста наблюдается примерно в 5%, но практически не встречается у лиц старше 65 лет (Гусева И.С., 1986). Отсутствие научных сведений о возрастном полиморфизме всего спектра врожденных неизменяющихся дерматоглифических признаков ладоней определило соответствующую *цель* нашего исследования.

Материалом исследования служили отпечатки правых и левых ладоней 300 человек (180 лиц мужского пола и 120 лиц женского пола), в возрасте от 16 до 80 лет (по 150 человек в возрастных группах от 16 до 29 лет и от 30 до 80 лет). Все обследованные лица были представителями европеоидной расы, без признаков внешне заметной врожденной патологии. Отпечатки получали на листах белой нелинованной бумаги формата А4, на которой обследуемые лица путем оттиска оставляли следы ладоней, окрашенных предварительно черной типографской краской. Распознавание признаков производили по методике H. Cummins, Ch. Midlo (1943), с оригинальными добавлениями.

Результаты исследования. В области гипотенара установлено увеличение частоты встречаемости общей узорности с возрастом (у лиц мужского пола – с 37,0 до 40,2%; у лиц женского пола – с 31,6 до 48,3%), причем у лиц женского пола такое увеличение статистически достоверно ($t=-2,22$; $p<0,05$). В области тенара у лиц мужского пола папиллярные узоры встречались в 6,9% (в младшей возрастной группе) и 10,9% (в старшей возрастной группе); у лиц женского пола – соответственно в 3,5 и 10,3%. Анализ представленных данных свидетельствует об увеличении частоты встречаемости общей узорности в старших возрастных группах, причем статистически достоверно только у лиц женского пола ($t=-1,98$; $p<0,05$). В выборке лиц женского пола коэффициент линейной корреляции степени выраженности рудиментов линий (определились по всему полю гребешковой кожи) с возрастом равен -0,33 (с возрастом вероятность обнаружения рудиментов линий уменьшается; $p<0,05$). В выборке лиц мужского пола такая закономерность минимально выражена (коэффициент корреляции -0,12; $p<0,05$). Учитывая, что папиллярные узоры, согласно аксиоматике дерматоглифики и дактилоскопии, относятся к неизменяющимся признакам, это означает, что они связаны с какими-то факторами, ведущими к появлению различий в частоте встречаемости исследуемых признаков. Такими факторами, в частности, могут быть естественный отбор и акселерация (Божченко А.П., 2009).

Выводы. Таким образом, большинство врожденных неизменяющихся признаков ладонной дерматоглифики имеют черты возрастного полиморфизма, которые в общем виде

заключаются в том, что в старших возрастных группах узорность ладонных полей более выражена, нежели у лиц младшего возраста, чаще встречается слабая выраженность рудиментов папиллярных линий. Большую ценность результаты исследования представляют для клинической медицины (медицинская генетика, геронтология) и профессионального отбора – дерматоглифические признаки могут служить маркерами адаптационных возможностей человека.

Божченко А.П.[1], Ригонен В.И.[2]

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАРЕЛ И РУССКИХ МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ И ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

1 - г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;

2 - г. Петрозаводск, Кафедра анатомии, гистологии, патологической анатомии и судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»

Оценка физического развития призывников одна из перманентно актуальных задач медицинской службы военных комиссариатов. Традиционно в качестве объективных индикаторов физического развития используются данные антропометрии. В связи с прохождением призывниками обязательной дактилоскопической регистрации в качестве дополнительного маркера уровня физического развития и состояния здоровья могут использоваться данные дерматоглифики. Поскольку и антропометрические, и дерматоглифические характеристики во многом определяются этно-территориальной принадлежностью обследуемых лиц, для оценки соответствия их норме или патологии требуется предварительное определение стандартов конституциональных параметров. *Цельюнастоящего исследования* явилось определение таких стандартов для русских и карел, родившихся и проживающих на территории Республики Карелия (РК). Исследуемые группы: русские, проживающие в РК (632 человека); карелы РК (108 человек). Пол: мужской. Возраст: от 18 до 22 лет. Состояние здоровья: относительно здоровые. Исследованы длина тела в положении стоя, окружность (обхват) груди, плеча, предплечья, бедра и голени в спокойном состоянии, масса тела; тип папиллярного узора, локальный гребневой счёт (количество папиллярных гребней между центром и трирадиусом папиллярного узора каждого из 10 пальцев рук); общий гребневой счёт (сумма значений гребневого счёта всех пальцевых узоров).

Результаты исследования и выводы. Дана описательная характеристика основных антропометрических и дерматоглифических характеристик у относительно здоровых молодых лиц мужского пола (русских и карел), проживающих в РК. Сравнительный анализ исследованных параметров свидетельствует о существовании между русскими и карелами статистически достоверных ($p<0,05$) различий по антропометрическим параметрам - все они имеют бóльшие значения у русских. Так, среднее значение роста у русских 174,0±6,9 см, у карел – 169,9±6,7 см; масса тела – 65,8±7,9 и 61,6±7,0 кг; окружность груди – 86,7±5,4 и 83,1±4,9 см соответственно. Межэтнические различия дерматоглифических признаков минимальны и, по всей видимости, являются следствием однонаправленной адаптации их к сходным климатогеографическим условиям. Между дерматоглифическими и антропометрическими признаками наблюдается слабая статистически достоверная ($p<0,05$) линейная корреляция. При этом наиболее устойчиво и сильно она проявляется с обхватами предплечья и голени (в отличие от обхватов плеча и бедра и др.). Для продольных параметров тела (рост) наиболее информативными оказываются Lr, A и W-узоры, для широтных (окружность груди, обхваты плеча и др.) - Lu и W. При этом W-узоры почти

всегда характеризуют группы лиц с большими значениями антропометрических параметров, а L-узоры – с малыми. Поскольку дерматоглифические признаки являются врожденными и не изменяются после рождения (в отличие от антропометрических признаков), существование такой связи является свидетельством врожденной детерминированности антропометрических параметров. Исходя из этого, дерматоглифический фенотип может использоваться в качестве одного из маркеров уровня физического развития и состояния здоровья человека. Кроме того, полученные сведения могут быть использованы в судебно-медицинской экспертной практике идентификации личности (при установлении принадлежности частей расчленённого трупа одному или разным лицам).

Божченко А.П., Толмачев И.А.

ПРИМЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В СЛУЧАЕ НЕЯСНОГО ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ТУПОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;

Обоснование причины смерти в случае внутричерепного кровоизлияния при наличии у погибшего признаков тупой травмы головы и цереброваскулярной болезни требует проведения дифференциальной диагностики на предмет установления его травматической либо патологической природы. Приводим пример из нашей практики, демонстрирующий некоторые экспертные возможности по формулированию вывода о природе кровотечения в случае, когда в ходе первичного исследования источник кровотечения не определен.

В ходе следствия установлено, что 07.02.201х около 05:30 гр. А-в и гр. В-ко нанесли гр. С-ву, 47 лет, множественные удары кулаками в область головы, чем причинили последнему «закрытую черепно-мозговую травму с ушибом головного мозга». По результатам судебно-медицинского исследования трупа от 11.03.201х, смерть наступила в результате травмы. Согласно заключению повторной экспертизы от 23.04.201х, телесные повреждения (ссадины и кровоподтеки лица) расстройства здоровья за собой не повлекли и в причинной связи со смертью не состоят, а обнаруженные «субарахноидальные кровоизлияния на базальной поверхности головного мозга с переходом на конвекситальные поверхности полушарий головного мозга и на шейный отдел спинного мозга» при наличии патологически измененных сосудов головного мозга могли иметь патологическую, а не травматическую природу. В сложившейся ситуации следствие назначило третью экспертизу.

В ходе настоящей экспертизы установлено, во-первых, что причиной смерти С-ва явилась цереброваскулярная болезнь. Об этом свидетельствуют характерные для патологических изменений сосудов основания головного мозга и мозговых оболочек признаки: а) изменение вида (извитые, гофрированные, с мешковидными выпячиваниями) артерий основания головного мозга (базилярной, передних и задних соединительных, др.); б) изменение структуры стенок артерий основания головного мозга (истончение, утолщение и фрагментации эластических мембран в стенках, склероз и диффузно-очаговый глиоз, снижение прочности); в) различная давность кровоизлияний: в одних местах (субарахноидальные кровоизлияния на базальной и конвекситальной поверхностях головного мозга) вокруг них имеется лишь расширение периваскулярных и перицеллюлярных пространств, примесь элементов белой крови (минуты); в других (под мягкие мозговые оболочки и в мозговое вещество в области зрительного перекрестья, оливы ствола) - пролиферация фибробластов, гемосидерофаги, мелкие кальцинаты (дни, недели); при этом сходная локализация различных по давности кровоизлияний, свидетельствующая о растянутости во времени единого патологического процесса. Во-вторых, в ходе судебно-медицинского исследования трупа С-ва, а также при лабораторных и специальных исследованиях макро- и микропрепаратов артерий основания головного мозга источник

(источники) кровотечения не обнаружен - по этой причине не представляется возможным установить конкретный механизм нарушения целостности сосуда или сосудов (разрыв, расслоение, некроз с последующей перфорацией или др.). Таким образом, в рассматриваемом примере цереброваскулярная болезнь сформировалась задолго до расследуемой конфликтной ситуации и, хотя не проявлялась внешними симптомами (согласно данным амбулаторной карты), создавала постоянную угрозу возникновения внутричерепного кровоизлияния. Эта угроза могла реализоваться под провоцирующим влиянием самых разнообразных неблагоприятных факторов и условий. В данном случае таким факторами и условиями явились алкогольного интоксикация, психоэмоциональное перенапряжение С-ва в период конфликтной ситуации и тупая травма головы.

Божченко А.П.[1], Толмачев И.А.[1], Иваненко С.А.[2]

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА СУИЦИДА НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

1 - г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;

2 - г. Санкт-Петербург, Филиал № 1 Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ

Судебно-медицинская экспертиза в отношении лиц, погибших в условиях неочевидности, сталкивается с проблемой выявления признаков, позволяющих органам следствия установить род смерти: убийство, самоубийство или случай. Судебно-медицинские эксперты, как правило, устанавливают характер повреждения и возможность или невозможность его нанесения собственной рукой. Выявление морфологических и морфогенетических признаков, свидетельствующих о существовавшей при жизни человека предрасположенности к суициду - новое направление в суицидологи, криминологии и судебной медицине. *Цель* исследования – расширение спектра морфологических признаков и морфогенетических маркеров, свидетельствующих о предрасположенности к суицидальным действиям. *Исследованы* протоколы осмотра трупа на месте происшествия, заключения судебно-медицинских экспертов и дерматоглифические карты 50 трупов самоубийц и 50 лиц, погибших в результате несчастного случая (мужчины, европеоиды, 18-35 лет).

Результаты исследования. Установлено три группы морфогенетических (дерматоглифических) маркеров предрасположенности к суициду. Первая группа –маркеры предрасположенности к аутоагрессии: прерывистые главные ладонные линии А и В, дуговой узор на III пальце левой ноги, завитковые узоры на II пальцах обеих ног (повышение риск суицида – РС - в 6 раз). Вторая группа - маркеры снижения адаптационных возможностей индивида: суммарный гребневой счет на пальцах рук (ног) ниже 10-20 единиц, большое количество (5-6 и более) дуговых узоров и радиальных петель, дуговые узоры и радиальные петли на I, IV и V пальцах (повышение РС в 4 раза). Третья группа - признаки дисбаланса «ведущей руки»: преобладание значений гребневого счета на правой (левой) руке или ноге при меньшей плотности папиллярных линий на противоположной конечности (повышение РС в 3 раза). Кроме того, на основе анализа собственной базы данных и обобщения литературных сведений выделено две группы морфологических признаков, которые могут быть обнаружены на поверхности человеческого тела (коже), свидетельствующие о повышение у обследуемого лица риска суицида. Первая группа - наличие следов ранее предпринимавшихся попыток самоубийства (повышение РС в 5-7 раз): линейные рубцы на внутренней поверхности предплечья; линейные рубцы на переднебоковой поверхности шеи; полосы пигментации на внутренней поверхности предплечья; полосы пигментации на переднебоковой поверхности шеи. Вторая группа - следы внутривенных инъекций, выполнявшихся не по медицинским показаниям (повышение РС в 4-5 раз): увеличенные,

тромбированные, воспаленные вены; рубцы («шахты», «дорожки») кожи в проекции вен; подкожные гранулемы инородных тел в проекции вен; локализация следов инъекций в нетипичных местах (стопы, кисти, внутренняя поверхность плеч, шея и др.).

По нашим данным, наличие двух и более признаков из каждой группы повышает вероятность суицида более чем в 20 раз, что предполагает обязательную проверку следствием версии о самоубийстве. Полученные результаты целесообразно применять в экспертной практике – при производстве экспертиз относительно лиц, погибших в условиях неочевидности. В системе мероприятий по предупреждению суицидов предлагаемый подход позволяет формировать группы риска, в отношение которых должна осуществляться целенаправленная профилактическая работа.

БондаренкоА.И., Железняк И.С., ИвановВ.В. Харитонов М.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ИСХОДОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, кафедра военно-морской хирургии

В Вооруженных Силах Российской Федерации за последние годы отмечается снижение заболеваемости внебольничными пневмониями тяжелого течения у военнослужащих, проходящих службу по призыву и контракту, но при этом у новобранцев она остается на достаточно высоком уровне и составила 7 ‰ в 2014 году. Актуальность данной проблемы требует новых подходов к диагностике и лечению внебольничных пневмоний тяжелого течения.

Цель. Изучение возможностей компьютерной томографии в выявлении исходов внебольничной пневмонии тяжелого течения у военнослужащих.

Материалы и методы. Обследовано 72 больных внебольничной пневмонией тяжелого течения. Для выявления скрытых исходов компьютерная томография проводилась всем больным после нормализации клинико-лабораторных данных и рентгенологического контроля, подтверждающего разрешение воспалительной инфильтрации легочной ткани.

Результаты. По данным компьютерной томографии, у 15 (20%) пациентов были выявлены веретенообразные бронхоэктазы, а у 9 (12%) сухие воздушные полости, не выявленные при проведении контрольной рентгенографии. Полученные данные наглядно показали преимущества компьютерной томографии в выявлении патоморфологических изменений паренхимы легких после перенесенной внебольничной пневмонии тяжелого течения и позволили правильно определить категорию годности к военной службе.

Выводы. Данные контрольной рентгенографии легких у больных ТВП, свидетельствующие о разрешении воспалительной инфильтрации легочной ткани, не отражают истинной картины последствий перенесенной тяжелой пневмонии.Всем военнослужащим, перенесших внебольничную пневмонию тяжелого течения, после нормализации рентгенологической картины и клинико-лабораторных данных необходимо рекомендовать проведение компьютерной томографии органов грудной полости для выявления возможных скрытых исходов заболевания.

Борисов Д.Н.

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИПРИКРЕПЛЕННЫХ КОНТИНГЕНТОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Современные тенденции развития телемедицинских технологий в зарубежном и отечественном здравоохранении характеризуются постоянным увеличением технических решений, сфер применения и новых возможностей их использования в практической медицине. Вместе с тем, несмотря на многочисленные положительные примеры использования телемедицины, она так и не получила массового распространения. Опыт использования телемедицинских технологий в медицинской службе ВС РФ показал, что даже при наличии технических возможностей их использование существенно затруднено в силу ряда причин, среди которых можно выделить отсутствие мотивации медицинского персонала, различных видов ресурсов медицинских организаций, а также установленных нормативными документами критериев применения телемедицины в системе медицинского обеспечения войск.

Таким образом, актуальным представляется научная разработка комплексной методологии основ применения телемедицинских технологий с позиций организации оказания медицинской помощи, т.н. организационной телемедицины, которую можно охарактеризовать как формирование организационных подходов к проведению медицинского обеспечения с учетом новых возможностей телемедицинских технологий. Разработка научных положений организационной телемедицины наиболее актуальна для системы военного здравоохранения, характеризующейся значительным территориальным разобщением сил и средств медицинской службы, обслуживаемых контингентов, а также взаимосвязанной системой лечебно-эвакуационного обеспечения. Вместе с тем, разработка положений организационной телемедицины в полной мере актуально и для других организационных структур системы здравоохранения.

Построение современной системы медицинского обеспечения войск характеризуется достаточностью сил и средств медицинской службы, необходимых для осуществления деятельности медицинских подразделений, частей и организаций. При предоставлении возможностей использования телемедицинских технологий специалисты медицинской службы не всегда видят практическую пользу телемедицины в силу ряда причин. В первую очередь среди них следует отметить отсутствие какой-либо нормативной базы, интеграциителемедицинских технологий в сложившийся стереотип лечебно-диагностических мероприятий, а также усиление контроля и возможной критики вышестоящего командования в отношении лечебно-диагностического процесса.

Как правило, лечащий врач в случае необходимости всегда может получить консультацию непосредственного медицинского начальника, а также главного специалиста медицинской организации и не спешит (а также не обладает свободой выбора) консультироваться за ее пределами. Обобщая данное положение, можно сказать, что если рассматривать отдельную медицинскую часть или организацию как отдельный объект, то он стремиться к самодостаточности в осуществлении лечебно-диагностической работы вне зависимости от внедрения новых технологических возможностей организации межобъектного взаимодействия. В то же время, в системе охраны здоровья военнослужащих, в отличие от системы охраны здоровья граждан, существует взаимосвязанная система лечебно-эвакуационных мероприятий, характеризующаяся более тесным взаимодействием объектов медицинской службы и более частым несоответствием характера патологии и имеющихся сил и средств медицинской службы отдельно взятого объекта. Нередко данное несоответствие проявляется в подразделениях и частях медицинской службы т.н. “войскового звена”, что создает явные предпосылки к использованию телеконсультативной

помощи. Ведение электронного учета сведений о раненых, больных и пораженных с дальнейшим поступлением в единое информационное пространство медицинской службы позволяет сформировать организационные правила назначения консультаций по инициативе “сверху” с элементами использования экспертных систем поддержки принятия решения. В ходе проведения лечебно-эвакуационных мероприятий это позволяет сформировать реестр сведений о потоках раненых и больных и определить целесообразность их телемедицинского сопровождения еще до поступления на этап оказания стационарной помощи.

Важным элементом формирования массовости использования телеконсультаций должно стать формирование обязательных критериев привлечения более высококвалифицированных специалистов к лечебно-диагностическому процессу. К примеру, такими критериями могли бы стать превышение установленных для данного заболевания сроков лечения, несоответствия состава и объема использования медикаментов, жизнеугрожающие ситуации, нетипичное течение заболевания, планирование и проведение сложных оперативных вмешательств и т.д.

Каждый специалист системы здравоохранения должен быть вооружен не только техническими средствами телемедицины, но и конкретными методологическими основами ее использования, регламентированными в руководящих документах. В этом случае, органы управления медицинской службой, главные медицинские специалисты различных уровней и вышестоящие медицинские организации получат механизмы реального организационного контроля и управления медицинским обеспечением и клинико-диагностическим процессом в зонах своей ответственности в отношении различных прикрепленных на медицинское обеспечение контингентов населения.

Борисов Д.Н.[1], Абрамова И.А.[2], Корнилова А.А.[3]

ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ И ОПЫТ ЭКСПЛУАТАЦИИ ТИПОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

[1] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

[2] *Омск, Омский автобронетанковый институт*

[3] *Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет*

Использование информационных технологий в отечественном здравоохранении как правило происходит в форме медицинских информационных систем (МИС), автоматизирующих отдельные функции медицинских подразделений, частей и организаций (ПЧО),но не предназначенных для совместного использования в рамках всей военно-медицинской службы. В отечественном здравоохранении более 40% внедрений составляют медицинские информационные системы уровня отдельной медицинской организации, около 20% - региональные МИС, а распространенность систем федерального уровня, в том числе федеральных медицинских сервисов,составляет не более 5%.

Таким образом, учитывая возрастающую актуальность комплексной информатизации военно-медицинской службы на основе нормативных документов, основных тенденций и опыта отечественного и зарубежногоздравоохранения были сформулированы основные требования к форме и методам использования информационно-коммуникационных технологий в медицинской службе РФ на базе единого информационного пространства (ЕИП) военно-медицинской службы. Одним из основных положений, определяющих идеологию построения ЕИП, является принцип преемственности сведений, составляющих основу данных о здоровье прикрепленного контингента от момента призыва на военную службу до момента ее прекращения с передачей накопленной информации в МИС гражданского здравоохранения.

При этом основным компонентом организации информационного обеспечения лечебно-диагностической деятельности должна стать организация единой типовой информационной системы обеспечения деятельности должностных лиц ПЧО медицинской службы на основе организации унифицированных электронных медицинских записей и физических носителей для идентификации и обмена военно-медицинской информацией на их основе, учитывающей специфику военной службы.

Данная работа была проведена в рамках ОКР «Паспорт», проводимой с участием компании «ИНТЕК» (г. Санкт-Петербург). Целью работы была проверка возможности использования современных технологий идентификации личности военнослужащих в виде электронного удостоверения личности (электронного жетона) для применения в военно-медицинских организациях и разработка типовой медицинской информационной системы медицинской службы ВС РФ. Опытные образцы системы были развернуты в военкомате, медицинском пункте воинской части, военной поликлинике и военноймедицинскойорганизации, при этомразличные модулиМИС были адаптированыв соответствии с функциональным предназначением данных объектов. При этом проверялась возможность размещения на электронном носителе в не только персональных данных военнослужащего (военная специальность, рост, вес), но и данных персональной электронной медицинской карты. В частности, была впервые апробирована перспективность использования электронного носителя для ускорения регистрации военнослужащего при обращении за медицинской помощью в подразделения медицинской службы как с целью проведения медицинских осмотров, так и для получения медицинской помощи.

На автоматизированных рабочих местах (АРМ), развернутых в подразделениях медицинской службы, проводилась регистрация, идентификация личности военнослужащего, запись на электронную карту медицинских данных и другие операции, а также проверка возможностей медицинской автоматизированной информационной системы (МАИС) для ведения медицинских записей об оказании медицинской помощи в военной поликлинике и военно-медицинской организации в формализованном электронном виде. Кроме того, были отработаны методические подходы к ведению электронных медицинских записей, их формализация и автоматизированное получение итоговых таблиц медицинских отчетных документов.

В результате было показано, что использование типовой МИС позволяет оптимизировать ведение медицинской документации за счет экономии времени, увеличения достоверности информации, расширения возможности накопления медицинских данных о пациенте в электронном виде с учетом хронологии обращений и оказанной медицинской помощи.

Есть все основания полагать, что внедрение электронного удостоверения личности (жетона) в комплексе с МИС является первым шагом к внедрению электронного документооборота в практику военно-медицинской службы. Это позволит повысить полноту, своевременность, точность получения, передачи и хранения медицинской информации, что позволит улучшить качество лечения пациентов, и послужит в интересах управления всей системой военного здравоохранения.

В ходе тестирования системы была показана возможность использования наработанной базы данных для формирования документов медицинского учета и отчетности, визуализации медицинской информации, составления текстов объяснительных записок. Кроме того, следует отметить, что система написана в среде Linux, обеспечивающей высокий уровень информационной защищенности и совместимость с другими информационными системами МО РФ.В этой связи видится, что руководители медицинских подразделений, частей и организаций должны обратить особое внимание на подготовку специалистов, которые в скором будущем смогут работать с разрабатываемой типовой МИС медицинской службы ВС РФ.

Борисов Д.Н.[1], Абрамова И.А.[2], Родионов Е.О.[1]

ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ И ОПЫТ ЭКСПЛУАТАЦИИ ТИПОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

[1] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

[2] *Омск, Омский автобронетанковый институт*

Использование информационных технологий в отечественном здравоохранении как правило происходит в форме медицинских информационных систем (МИС), автоматизирующие отдельные функции медицинских подразделений, частей и организаций и не основано на комплексном подходе к их совместному использованию. В то время как более 40% внедрений составляют медицинские информационные системы учрежденческого уровня, региональные составляют лишь около 20%, а системы федерального уровня, в том числе федеральные сервисы - не более 5% от общего числа внедрений.

Таким образом, учитывая возрастающую актуальность комплексной информатизации военного здравоохранения на основе законодательной базы, основных тенденций и опыта отечественной и зарубежной медицины были сформулированы основные требования к форме и методам использования информационно-коммуникационных технологий в медицинской службе РФ на базе единого информационного пространства (ЕИП) военно-медицинской службы. Одним из основных положений, определяющих идеологию построения ЕИП, является принцип преемственности сведений, составляющих основу данных о здоровье прикрепленного контингента от момента призыва на военную службу (для военнослужащих) до момента ее прекращения с передачей накопленной информации в информационные системы гражданского здравоохранения.

При этом основным компонентом организации информационного обеспечения лечебно-диагностической деятельности должна стать организация единой типовой информационной системы обеспечения деятельности должностных лиц медицинской службы ПЧО медицинской службы на основе организации унифицированных электронных медицинских записей и физических носителей для идентификации и обмена военно-медицинской информацией на их основе, учитывающей специфику военной службы.

Данная работа была проведена в рамках ОКР «Паспорт», проводимой с участием компании «ИНТЕК» (г. Санкт-Петербург). Целью работы была проверка возможности использования современных технологий идентификации личности военнослужащих в виде электронного удостоверения личности (электронного жетона) для применения в условиях МО РФ и разработка типовой Медицинской информационной системы медицинской службы ВС РФ. Опытные образцы этой системы с разными модулями программы, адаптированными для различных эпизодов медицинского обследования военнослужащих на этапах призыва и службы, были развернуты на рабочих местах персонала в военкомате, медицинском пункте воинской части, военной поликлинике, военном лечебном учреждении. На этих рабочих местах проверялась возможность размещения на электронном носителе в не только персональных данных военнослужащего (военная специальность, рост, вес), но и данных индивидуальной медицинской карты. Впервые апробирована перспективность использования электронного носителя для ускорения регистрации военнослужащего при обращении за медицинской помощью в подразделения медицинской службы как с целью проведения медицинских осмотров, так и для получения медицинской помощи.

На автоматизированных рабочих местах (АРМ), развернутых в подразделениях медицинской службы, проводилась регистрация, идентификация личности военнослужащего, запись на электронную карту медицинских данных и другие операции, а также проверка возможностей медицинской автоматизированной информационной системы (МАИС) для ведения медицинских записей об оказании медицинской помощи в военной

поликлинике и военно-лечебном учреждении в формализованном электронном виде. Кроме того, были отработаны методические подходы к ведению электронных медицинских записей, их формализация, автоматизированному получению итоговых таблиц медицинских отчетных документов.

В результате было убедительно показано, что использование подобных МАИС позволяет оптимизировать ведение документации за счет сокращения времени, увеличения достоверности полученной информации, расширения возможности накопления медицинских данных о пациенте в более полном объеме с учетом хронологии обращений и оказании медицинской помощи.

Есть все основания полагать, что внедрение электронного удостоверения личности (жетона) в комплексе с МАИС является первым шагом к внедрению электронного документооборота в военное здравоохранение (решение МО о принятии электронного документооборота), что позволяет повысить полноту, своевременность, точность получения, передачи и хранения данных, которые могут быть использованы как для увеличения качества лечения пациента, так и в интересах управления военным здравоохранением.

Возможности данной системы не ограничиваются лечебно-профилактическими функциями. В ходе тестирования системы была показана возможность использования наработанной базы данных для формирования документов медицинского учета и отчетности, а также вывода в графическом виде медицинской информации, составления текстов объяснительных записок. Кроме того, следует отметить, что система написана в среде Linux, обеспечивающей высокий уровень информационной защищенности. В настоящее время идут доработки интерфейса, а также работы над созданием методических рекомендаций по работе с электронном жетоном и медицинской информационной системой.

В этой связи видится, что руководители медицинских служб войсковых частей и медицинских учреждений должны обратить внимание на подготовку специалистов, которые в скором будущем смогут работать с разрабатываемой типовой МИС медицинской службы ВС РФ.

Борисов Д.Н.,[1]Лобачев А.В.,[1]Еричев А.Н.[2]

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ИНФОРМАТИЗАЦИИ

[1] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

[2]*Санкт-Петербург, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»*

В условиях войн, катастроф и чрезвычайных ситуаций существенно возрастает уровень психических расстройств среди военнослужащих и гражданского населения. По статистике различных войн и разных армий, психиатрические потери на театре военных действий составляют 6,6-12,7% от численности войск и до 30% от общего числа санитарных потерь. Считается, что они в основном представлены расстройствами адаптации с преобладанием нарушения эмоций (невротические реакции) или поведения (патохарактерологические реакции), а также стресс-обусловленным аддиктивным поведением. Отдельно рассматриваются реакции боевого стресса, развивающиеся в разные периоды боевых действий примерно у 15-25% личного состава.

В условиях высокой распространенности боевой патологии психиатрического профиля, а также практического отсутствия на догоспитальном этапе штатных специалистов медицинской службы психиатрического профиля возникают основания для формирования системы психолого-психиатрической поддержки принятия решения по оказанию медицинской помощи и лечебно-эвакуационному предназначению пациентов. Важным

элементом данной системы должно быть формирование информационно-справочной поддержки специалистов военно-медицинской службы с использованием средств автоматизации.

В условиях внедрения в деятельность медицинской службы штатных программно-аппаратных комплексов по автоматизации различных направлений (информационно-статистической, медицинского снабжения и др.) деятельности этапа медицинской эвакуации возникли предпосылки для реализации ряда перспективных направлений совершенствования оказания психолого-психиатрической помощи. К основным из них ним относятся:

- организация единообразного электронного учета и отчетности заболеваемости психиатрической патологией в интересах оперативного принятия решений по организации психолого-психиатрической помощи;
- формирование стандартов оказания медицинской помощи по различным видам (уровням) психических расстройств в зависимости от этапа оказания помощи и квалификации персонала;
- предоставление формализованного перечня организационных мероприятий и неотложной медикаментозной помощи при первичной регистрации (осмотре) пациентов в приемно-сортировочном отделении и в ходе лечения;
- автоматизация преемственности передачи информации (клинико-анамнестических данных и объеме оказанной медицинской помощи) на различные этапы медицинской эвакуации больных и пострадавших психиатрического профиля;
- стандартизация информационного обмена о наличии и движении лекарственных средств для оказания психолого-психиатрической помощи в информационных системах информационно-статистической, лечебно-диагностической, управленческой деятельности, медицинского снабжения;
- расчет потребностей в силах и средствах медицинской службы, необходимых для обеспечения оказания медицинской помощи психолого-психиатрического профиля в ходе оказания медицинской помощи и в ближайшей перспективе.

Учитывая необходимость кодирования диагноза для донозологических проявлений патологии психиатрического профиля, необходима разработка удобной к применению клинической классификации, которая может использоваться в справочнике диагнозов используемых средств автоматизации информационно-статистической деятельности и методических указаний по ее использованию медицинскими специалистами не психиатрического профиля.

Борисов Д.Н.[1], Медведев Д.С.[2], Жуков А.А.[1]

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО ПРИЗЫВУ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЕГО ИЗУЧЕНИЮ

[1] Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
[2] Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

Проведена оценка отдельных медико-статистических показателей состояния здоровья военнослужащих, принятых к использованию в системе информационно-статистической деятельности медицинской службы ВС РФ в динамике с 2006 по 2015 гг. По выборочным данным отчетов по форме 3/МЕД были исследованы основные показатели состояния здоровья военнослужащих. Выявлено снижение качества призывного контингента. Обращаемость военнослужащих по призыву показала наименьший процент снижения и превалирует над обращаемостью других категорий военнослужащих. Исследование причин обращаемости показало, что только около 70% обращений связано со случаями болезней.

Еще 20% приходится на медицинские осмотры и обследования и еще около 10% - на обращения при отсутствии болезней. Наиболее актуальными классами болезней у военнослужащих по призыву (с долей более 5% от общего объема)стали I,XI,XIIи XIIIклассы болезней, причем доля Хкласса – «Болезни органов дыхания» составила более 60%. При этом начиная с 2010 прослеживались значительные колебания показателя темпов прироста или снижения уровней заболеваемости. Более чем на четверть сократилась доля болезней кожи и подкожной клетчатки, более чем в 2 раза (IV кл.) – доля болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, в 4 раза сократилась доля класса XIX (Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин). Учитывая возможную связь динамики данных показателей с переходом на годичный период военной службы по призыву было исследовано поступление военнослужащих данной категории в лечебные организации, где ведутся информационные базы данных со сведениями на каждого поступившего военнослужащего. Таким образом было изучено распределение заболеваемости у военнослужащих по призыву и. в частности, по самому актуальному, Хклассу болезней, в зависимости от календарного месяца и месяца службы. Выявлена значительная неравномерность динамики поступлений военнослужащих данной категории в военно-медицинские организации, характеризующейся максимальными показателями на 2 и 3 месяц службы, а также с возрастанием в период зимнего и летнего периода обучения. В целом наблюдалосьсущественное снижение тренда заболеваемости X классу болезней по мере прохождения военной службы, что объясняет более низкие показатели заболеваемости у военнослужащих по призыву, служивших ранее 2 года. Данную динамику необходимо учитывать при расчете необходимых ресурсов медицинской службы.

В ходе изучения структуры госпитализаций у военнослужащих по призыву выявлено, что наиболее часто выявляемая нозологическая форма болезней была кодирована по коду «J06»- «Острая инфекция верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации», которая в настоящее время не выделяется для отдельного учета в документах медицинской отчетности. Таким образом, выявлено, что одной из основных тенденций заболеваемости военнослужащих является формирование существенной негативной динамики заболеваемости военнослужащих по призыву, связанной с изменением срока службы до одного года. Для более детального анализа структуры, динамики и основных тенденций состояния здоровья военнослужащих перспективно построение системы информационно-статистической деятельности, основанной на персонифицированном сборе сведений с использованием современных средств автоматизации.

Борисов Д.Н., Севрюков В.В., Иванов В.В.

ИСТОРИЯ, СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М. КИРОВА

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

С 2004 года для информатизации процессов лечебно-диагностической и других видов деятельности Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА) была создана медицинская аналитическая информационная система (МАИС) «ПЕТРОМЕД». На ее основе начались работы по формированию единого информационного пространства (ЕИП) Академии. ЕИП предназначалось для решения задач оперативного управления подразделениями, обеспечения учебного процесса (в 63 подразделениях на 7 факультетах),

управления лечебно-диагностическим процессом (в 28 клиниках и клинических подразделениях, с коечной емкостью до 3000 пациентов), эффективного распределения лекарственных препаратов и медикаментов, проведения научно-исследовательских работ и установления связи со всеми ведущими научными центрами страны.

Однако реализованные в МАИС «ПЕТРОМЕД» функции позволяли производить лишь регистрацию (форма 12, Титульный лист истории болезни) и выписку (форма 10 Карточка учета стационарного больного) пациентов и не могли обеспечить информатизацию всех сфер деятельности ВМедА.

Анализ потребностей академии показал, что необходим поиск нового комплексного решения по информатизации основных сфер деятельности, удовлетворяющий следующим программно-техническим, функциональным и организационным критериям, основными из которых стали:

1. Свободная расширяемость количества рабочих мест системы, не требующая отдельных лицензий на рабочие места.
2. Согласие фирмы-поставщика на поэтапное внедрение и сопровождение МАИС
3. Обеспечение интеграции с имеющимся и перспективным медицинским оборудованием (в клинической лаборатории, рентгенологической техники и др.)
4. Возможность работы и дальнейшего экспорта из системы любых форматах данных (DICOM, DOC, GIF,JPG, PDF и др.).
5. Регистрация, хранение и передача цифровых диагностических видеоизображений, в том числе обеспечение телемедицинского взаимодействия.
6. Адекватные технические требования к используемой в академии программно-аппаратной базе, нагрузке на рабочие станции, сервера и каналы передачи данных.

Учитывая положительный опыт информатизации крупных военно-медицинских учреждений, в частности, госпитальной информационной системы в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского, в 2009 году для апробации и доработки под функционал Военно-медицинской академии было принято решение о внедрении в ВМедА новой медицинской автоматизированной (аналитической) информационной системы (МАИС) «ЭРМЕДИС-ВМА» (далее - Эрмедис), которая была создана компанией «Информационные технологические комплексы» (ООО «ИНТЕК») в 2004 г. Эрмедис - специальное медицинское программное обеспечение, предназначенное для автоматизации документооборота клинической, научной и учебной деятельности. Основными особенностями Эрмедис являлись: современная трехуровневая архитектура, гибкая модульная структура, обеспечивающая быструю автоматизацию организации, подразделений и ключевых функций, простой и интуитивно понятный пользовательский интерфейс, облегчающий освоение Эрмедис медицинским персоналом (в т. ч. не имеющим ИТ-навыков). Эрмедис включает в себя автоматизированные рабочие места (АРМ) разворачиваемые в подразделениях академии. Каждый АРМ имеет прямой доступ к системе и позволяет получить доступ к системе медицинского персонала с любым функционалом. Разграничение прав доступа осуществляется путем назначения профиля в зависимости от функциональных обязанностей медперсонала, подразделения, времени работы в течение суток, а для учащихся - предельным сроком пребывания в учебном заведении. Всего имеется более 30 профилей (лечащий врач, начальник отделения, научный сотрудник и т.д.). Эрмедис позволяет производить централизованное планирование госпитализации, которое производится в клиниках академии помощниками (заместителями) начальников (заведующих) клиник по лечебной работе, а так же дежурным по нештатному центру госпитализации клинического отдела. Для новых пациентов осуществляется первичное заполнение личных медицинских данных в электронную медицинскую карту. При этом в соответствии с ФЗ № 149 от 27 июля 2006 г. - «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и ФЗ № 152 от 27 июля 2006 г. - «О персональных данных» оформляется его согласие на ввод, обработку и хранение его персональных данных как на бумажном носителе, так и в электронном виде». Оформление электронной медицинской документации позволяет сформировать перечень формализованных печатных форм для оформления печатных документов – в частности выписного эпикриза, выдаваемого на руки больному. Эрмедис является единым функциональным комплексом, включающим в себя взаимосвязанные технические, программные и информационные средства. Комплекс

состоит из отдельных модулей («Поликлиника» и «Экономические расчеты» и др.), которые функционируют в составе информационной системы академии на единой базе данных, включающей электронную историю болезни, основные показатели лечебно-диагностического процесса и необходимую справочную информацию.

В настоящий момент создан и апробирован т.н. модуль внешней госпитализации Эрмедиса, позволяющий создать электронную медицинскую карту пациента во внешней медицинской части или организации, а также на этапах медицинской эвакуации, оснащенных средствами автоматизации. Наиболее актуальным вопросом развития МАИС в ВМедА является перспектива информатизации нового клинического корпуса академии, а также интеграция Эрмедис с существующими и перспективными МИС на базе единого информационного пространства военно-медицинской службы.

Борисов Д.Н. Сыроежкин Ф.А. Ефремов А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ВОЙСКОВОМ ЗВЕНЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВС РФ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Организация качественного первичного учета сведений о раненых и больных, поступивших на этапы медицинской эвакуации, является основным механизмом поступления информации о структуре санитарных потерь и движении раненых и больных для принятия управляющих решений по медицинскому обеспечению войск органом управления медицинской службой. Персональная медицинская информация о ранении (заболевании, смерти), полученном в ходе выполнении обязанностей военной службы является также важным юридическим фактором, способствующим в дальнейшем получению военнослужащим или членами его семьи финансового обеспечения, социальных или медицинских льгот. В то же время в настоящей момент первичный учет раненых и больных в войсковом звене осуществляется без использования каких-либо средств автоматизации, способствующих поступлению своевременной, полной и достоверной информации о случаях ранений и заболеваний.

Для решения данной задачи на кафедре АУМС (с ВМС) разработан алгоритм работы мобильного программно-аппаратного комплекса (ПАК) на базе промышленного ноутбука, который позволяет осуществлять первичный учет раненых и больных, а также составление и печать основных отчетных форм, определенных руководящими документами, на уровне медицинской роты.

Интерфейс ввода оптимизирован для ввода информации с использованием стилуса (без использования клавиатуры), что, в сочетании с возможностью изменения режима работы ноутбука в режим планшета, позволяет значительно увеличить мобильность и удобство работы медицинского регистратора. В состав интерфейса полей комплекса, составленного на основе первичной медицинской карточки, внедрена возможность интеграции мультимедийной (фото, аудио, видео) информации для нужд телемедицины, а также идентификации больного (раненого) и документирования его состояния. Внедрена возможность экспорта и импорта информации о каждом поступившем на уровне первичных электронных медицинских записей, что делает возможным составление на их основе медицинских регистров и ЦОДов военно-медицинского назначения.

Разработанный программно-аппаратный комплекс базируется на программном обеспечении с открытым исходным кодом, лицензированным для использования в МО РФ.Апробация комплекса в ходе государственных испытаний перспективной медицинской роты бригады на базе пневмокаркасных сооружений показала, что разработанный ПАК позволяется оперативно осуществлять учет входящего потока раненых, больных и пораженных, формировать полный перечень утвержденных руководящими документами

документов медицинского учета и отчетности, а также обеспечивать подготовку передачи формируемой электронной медицинской карты (ЭМК) в медицинские информационные системы военно-медицинских организаций.

Помимо утвержденного объема сведений, подлежащих учету, ПАК позволяет присоединять к ЭМК тренды показаний датчиков витальных показателей жизнедеятельности военнослужащих, а также мультимедийную информацию о характере ранения (заболевания) и личности пациентов в случае невозможности их идентификации иным способом.

Бородулина И. И.,Васильева Л. В., Филиппов Е.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК

Санкт-Петербург Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Большая распространенность болезней пародонта отмечена среди населения различных стран, России (от 30% до 80%) и военнослужащих РА (от 55% до 78%).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей распространенности заболеваний пародонта у военнослужащих сухопутных войск различных профессиональных групп.

Проведено клиническое стоматологическое обследование 727 человек: 359 военнослужащих мотострелковых частей (от 22 до 53 лет) и 368 танкистов (от 23 до 50 лет).Клинический диагноз устанавливали на основании жалоб пациента, сбора анамнеза, осмотра, инструментального исследования. Индекс гигиены (ИГ) определили согласно рекомендаций Ю.А.Федорова и В.В. Володкиной. Изменения в пародонте оценивали с помощью пробы Шиллера-Писарева, йодного числа Свракова и индекса КПИ. Изучили 637 внутриротовых рентгенограмм и 241 ортопантограмму.Уход за полостью рта, оцениваемый по индексу (ИГ) у офицеров бронетанковых войск составил по среднему значению 2,11±0,21, а офицеров мотострелковых частей 2,05±0,15 и расценивался как неудовлетворительный. У офицеров танкистов чаще выявлялась кровоточивость дёсен и положительная проба Шиллера-Писарева в 78,2±2,24 случаев, при показателе йодного числа Свракова 2,31±0,19, у офицеров мотострелковых частей в 73±2,24 случаев, при показателе йодного числа Свракова 2,11±0,12. Наддесневые и поддесневые отложения зубного камня у танкистов и офицеров мотострелковых частей диагностировались в 52,4% и 51,3% случаев соответственно. У танкистов зубодесневые карманы глубиной более 5 мм выявлены в 14,2% случаев, у офицеров мотострелковых частей в 3,6% случаев. Генерализованный пародонтит у танкистов с глубиной карманов до 5 мм диагностировались в 25,5±2,4 случаев, а у офицеров мотострелковых частей в 5,95±0,7 случаев. Индекс КПИ у военнослужащих бронетанковых и мотострелковых частей составил, соответственно, 3,8±0,21 и 2,76±0,19. У танкистов имели место более тяжелые формы генерализованного пародонтита, сопровождающиеся прогрессирующей деструкцией пародонта и альвеолярного отростка челюстей. Кроме того, именно у офицеров танкистов в три раза чаще диагностировался пародонтоз (7,3% и 1,9% соответственно), при этом выявлялась выраженная рецессия десны, гиперестезия дентина и цемента обнаженных шеек и корней зубов. Степень подвижности зубов при пародонтите и пародонтозе у танкистов не соответствовала деструктивным или дистрофическим процессам, протекающим в костной ткани. Зубы были устойчивы при наличии выраженной воспалительной резорбции и атрофии и наоборот, имели значительную подвижность при отсутствии деструкции или атрофии альвеолярных отростков челюстей, но при наличии выраженного воспаления. Отсутствие клинически определяемой подвижности даже при II-III степени атрофии, чаще при пародонтозе, обычно сопровождались отсутствием либо I степенью подвижности зубов.При сроке воинской службы в бронетанковых войсках до 5 лет преобладала заболеваемость катаральным гингивитом (КПИ- 1.4±0.13). В дальнейшем

возрастала частота генерализованного пародонтита и пародонтоза (КПИ- 2.3±0.41-3.68±0.21).

Выводы: в профессиональных группах военнослужащих Сухопутных Войск наиболее распространены и тяжелее протекают пародонтит и пародонтоз у танкистов (распространенность пародонтита 27,7%, пародонтоза - 7,3%, индекс КПИ - 3,68±0,21), что связано с влиянием неблагоприятных факторов военного труда у этих категорий военнослужащих на околозубные ткани (шум, вибрация, неионизирующее электромагнитное излучение, пороховые и аккумуляторные газы, психофизиологические нагрузки и др.).

Клинико-функциональные изменения в тканях пародонта у военнослужащих находятся в прямой зависимости отпродолжительности военной службы по специальности.

Буланьков Ю.И.

ЛАБОРАТОРНЫЙ СКРИНИНГ, КАК ОСНОВА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ГЕМОКОНТАКТНЫМ ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В настоящее время более раннее начало противовирусной терапии (ПВТ) признается одним из основных направлений профилактики смертности и распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. По оценкам ВОЗ при максимально возможном (до 90%) охвате ПВТ всех выявленных ВИЧ-инфицированных к 2030 году число новых случаев заболевания в мире можно снизить в 10-11 раз (менее 200 тыс. новых случаев в год) и вывести ВИЧ-инфекцию из числа социально значимых заболеваний. Стратегия «лечение, как профилактика» была поддержана на правительственном уровне и уже в ближайший год количество пациентов на ПВТ в России может увеличиться в 2 раза и достичь 60% состоящих на диспансерном учете.

Новая стратегия лечения (профилактики) предусматривает основным показанием для начала ПВТ не выраженность иммунодефицита, а готовность пациента соблюдать режим терапии. Раннее выявление заболевания является основным моментом, определяющим назначение терапии. На заседании Правительственной комиссии одобрен расширенный подход к назначению скрининговых лабораторных исследований на ВИЧ в неблагополучных регионах РФ (в т.ч. Санкт-Петербург и Ленинградская область). Не отменяя положение Федерального Закона от 30.03. 1995 г. о добровольности обследования, принято решение о рекомендациях по обследованию всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью в ЛПУ. Ожидаемое увеличение числа исследований в стране - 3 млн в год (10%).

Ежегодно в академии лабораторный скрининг ВИЧ-инфекции осуществляется у 34-35 тыс. пациентов (57-59% от общего числа). Доля положительных результатов достигает 0,5%. Нами установлено, что 10-15% пациентов поступают в наш стационар с анализами, выполненными в других медицинских учреждениях Санкт-Петербурга. При этом до 25% пациентов, по мнению врачей клиник не имеют показаний для обследования на ВИЧ. Прежде всего, это пациенты клиник терапевтического профиля. Распространение новой концепции раннего выявления больных на этот контингент может потребовать увеличения числа скрининговых исследований на 8-12 тыс. ежегодно. При этом дополнительные финансовые затраты академии не превысят 300-400 тыс. рублей, что сопоставимо с затратами на лечение 1-2 больных с развернутой клиникой СПИД. Экономическая, клиническая и профилактическая целесообразность ранней диагностики эффективной ПВТ ВИЧ-инфекции очевидна.

Аналогичная ситуация в ближайшие годы может сложиться и в отношении гемоконтактных вирусных гепатитов. Бурное развитие методологии и средств этиотропной терапии вирусного гепатита С привело к тому, что уже сейчас уровень эффективности схем прямого противовирусного действия достигает 93-100%. При этом она не зависит от

генетических особенностей вируса и макроорганизма. Такая терапия может предлагаться всем пациентам по мере выявления заболевания. Пока этот подход не реализуется в силу высокой стоимости препаратов (до 1 млн. рублей на курс), но только за год она снизилась на 15-20%. Раннее выявление факта инфицирования в этой ситуации может стать основной задачей организации и обеспечения эффективности терапии, поскольку стаж инфицирования прямо коррелирует с частотой таких опасных осложнений, как цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома и др.

Вывод. Расширение серологического скрининга на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты может стать дешевым и эффективным методом противодействия распространению и смертности от гемоконтактных вирусных инфекций.

Буланьков Ю.И.,Колюбаева С.Н., Жабров С.С.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 28В ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Исследования в области фармакогенетики позволяют приблизиться к решению проблемы персонифицированного лечения человека. В основе этого направления лежит выявление генов и их особенностейу конкретного больного (однонуклеотидных полиморфизмов генов (ОНП), определяющих эффективность использования различных фармакологических препаратов.

Имеются сообщения, что полиморфизмы гена, кодирующего синтезIL28B, определяют вероятность самопроизвольной элиминации от вируса гепатита С (ВГС), развития гепатокарциномы, а также ответ на терапию интерфероном и рибавирином. Отмечается, что прогностическое значение полиморфизма IL28B выше, чем других маркеров успешной интерфероновой противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С (ХГС).

Цель - изучить прогностическое значение полиморфизмов гена IL 28B rs 12979860 и rs 8099917 в развитииХГС и эффективности его лечения интерфероном и рибавирином.

Материалы и методы. Полиморфизмы гена IL28B определяли у больных с ХГС перед началом ПВТ. Все больные получали пегилированный интерферон альфа-2 а и рибавирин в рекомендованных дозах. Деление групп по генотипу вируса не проводили. ОНП выявляли методомRealTimePCRB с реактивами «Интерлабсервис» на приборе ДТ lite 4, «ДНК-технология» с использованием программного обеспечения «Работа с приборами». Обследовали 800 пациентов клиники инфекционных болезней ВМедА им. С.М. Кирова с ХГС и 50 здоровых доноров, при этом наличие ХГВ и ВИЧ-инфекции являлись факторами исключения. Оценивали ранний вирусологический ответ (РВО) − снижение виремии<50 МЕ/мл с 4-ой недели до окончания лечения. Медленный (МВО) − снижение на 2 $\log_{10}$ МЕ/мл (в 100 раз) к 12 неделе ПВТ. Отсутствие ответа (или снижение менее чем на 2 $\log_{10}$ МЕ/мл) к 12 неделе ПВТ. Устойчивый вирусологический ответ (УВО) – неопределяемый уровень HCV-RNA через 24 недели после прекращения ПВТ.

Результаты. Средний уровень виремии к началу противовирусной терапии составил 7,10 log МЕ/мл. Наблюдали следующее распределение ОНП:

- rs 8099917: у больных - ТТ-49%, TG-49%, GG-2%, у здоровых - ТТ- 59%, TG-37%, GG-4%;

- rs 12979860: у больных - СС-36%, СТ -54%, ТТ- 10%, у здоровых - СС-75%, СТ-24%, и ТТ- 1%.

Установлены группы больных с РВО с учетом двух полиморфизмов: ТТ-СС-22%, (rs 8099917 и rs 12979860 соответственно), ТТ-СТ−26%; GG−CT-2%; TG-CC−2%; TG-TT-7%; TG−CT-41%. При наличии rs 8099917 ТТ РВО наблюдали у 80% больных, а при rs 8099917

CC РВО и УВО – у 95% ($p<0,005$) . УВО при TG/TTrs 8099917 и CT/CC rs12979860 наблюдали в 60% и 68% случаев соответственно.

Заключение. Среди больных ХГС генотип CT (rs 12979860) наблюдается достоверно чаще, что может свидетельствовать о возможной генетической предрасположенности к заболеванию или его хронизации.

Прогностическая ценность rs 12979860 в отношении развития РВО и УВО значительно выше, чем rs 8099917. Одновременное изучение этих полиморфизмов не дает достоверного прироста вероятности эффективности терапии по сравнению с изолированным изучением 12979860. Наличие ОНП rs 12979860 CC достоверно чаще определяет УВО при ПВТ больных ХГС.

Прогноз эффективности ПВТ на основе анализа ОНП IL28B достоверно сопоставим с использованием для этих целей регистрации РВО, но осуществим до ее назначения.

Буланьков Ю.И., Орлова Е.С., Лебедева Н.Г.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛИИ МО РФ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

С 1988 года отделение диагностики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов Центра клинической лабораторной диагностики ВМедА осуществляет экспертную диагностику ВИЧ-инфекции у военнослужащих ВС РФ. Материал для определения наличия/отсутствия антител к ВИЧ поступает из ЛИИ ЛПО МО РФ, где осуществлялся скрининговый этап диагностики.

Нами были проанализированы результаты референтной и экспертной диагностики ВИЧ-инфекции у 746 военнослужащих за период с 2006 по 2015 гг. Для проведения референтного этапа диагностики использовались тест-системы: Комби-тест-анти ВИЧ-1/2 (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск), DetermineHIV – ½ (AlereMedical, Япония), GenscreenULTRO – HIVAg-Ab (Bio-Rad, Франция), VironosticaHIVMIXT (OrganonTexnika, Франция). Экспертная оценка осуществлялась методом иммунноблотинга (NewLavBlotBio-Rad, Франция).

За изучаемы период доля лиц, у которых ВИЧ-инфекция была подтверждена на экспертном этапе диагностики, снизилась с 48,9 % в 2006 г. до 20,7-33, 7% в 2014-2015 гг., соответственно. Доля образцов сывороток, в которых на референтном этапе диагностики антитела к ВИЧ не выявлены («отрицательные» результаты референс-ИФА) выросла с 23,9 % в 2006 г. до 52,8 в 2014 г. При этом регулярный контроль качества лабораторной диагностики (2 раза в год) в этих лабораториях выявляет не более 2% ошибочных результатов. Подобная ситуация что может свидетельствовать как о необходимости повышения уровня подготовки персонала ЛИИ ЛПО МО РФ, так и о низком качестве используемых тест-систем.

Так же был проведен анализ частоты возвращения проб крови для повторной экспертной диагностики ВИЧ-инфекции при результатах иммуноблота «сомнительный» или «отрицательный» и положительном референс-ИФА за периоды 1996-2000 гг. (одна экспертная лаборатория (ЭЛ) МО РФ), 2001-2007 гг.(3 ЭЛ МОРФ) и 2008-2013гг, 2013-2015 гг. (3 ЭЛ МОРФ + все ЭЛ МЗ РФ)

В результате установлено, что в первый период повторное направление проб осуществлялось в 82% случаев, во второй в 2,5 раза меньше лишь в 34%, в третий период (после подключения к процессу экспертной диагностики ВИЧ-инфекции у военнослужащих ЛИИ Центров СПИД) частота возвращения проб крови для повторной экспертной диагностики ВИЧ-инфекции упала до 22%, при этом лишь в 13,7% диспансерное динамическое наблюдение (ДДН) было завершено с вынесением окончательного

лабораторного решения (выявлена ВИЧ-инфекция либо ВИЧ-инфекция не выявлена при отсутствии эпидемиологических показаний в дальнейшем ДДН не нуждается). В период 2013-2015гг. пробы для продолжения ДДН не направлялись, хотя количество образцов сывороток с «сомнительным» или «отрицательным» результатом иммуноблота составляло 10-13 % от всех выполненных экспертных исследований.

Таким образом, для повышения качества лабораторной диагностики и совершенствования эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в ВС РФ необходимо:

1). решение вопроса о централизации этапа экспертной диагностики в отделение диагностики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов Центра клинической лабораторной диагностики ВМедА;

2). организация цикла повышения квалификации по диагностики ВИЧ-инфекции для специалистов ЛИИ МО РФ.

Бурякова Л.В.[1], Лазаренко Д.Ю.[1], Орлова О.В.[2], Фролов С.Н.[2]

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ НА ПРОЦЕССЫ ПОЛ И АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова[1],

Санкт-Петербург, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе[2]

Работа проводилась с целью научного обоснования оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии при лечении пострадавших с тяжелой ожоговой травмой.

Исследование проведено на базе отдела термических поражений НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Обследовано 90 больных с распространенными тяжелыми термическими поражениями IIIа – IIIб степеней. Все больные поступали в реанимационное отделение в состоянии ожогового шока I – III степени. В зависимости от состава ИТТ пострадавшие были разделены на 4 группы. Первую группу составили больные, которым проводилась традиционная ИТТ. Во вторую, третью и четвертую группу вошли пострадавшие, при лечении которых на фоне традиционной ИТТ использовались следующие препараты: реамберин, цитофлавин, мафусол.Инфузии антигипоксантов проводили в течение 10 суток, начиная с 1-х суток после травмы: реамберин и мафусол –800 мл в сутки, цитофлавин 10 мл (1 ампула) растворяли в 200 мл физиологического раствора.

Проведенные исследования показали, что у всех больных при поступлении в стационар отмечался повышенный уровень малонового диальдегида в плазме крови (в среднем в 1,5 раза). Содержание восстановленного глутатиона в крови было в пределах нормы. Активность глутатионпероксидазы, глутатионтрансферазы и супероксиддисмутазы у всех тяжелообожженных соответствовала норме,активность каталазы –превышала норму.

При инфузии всех исследуемых антигипоксантов уровень малонового диальдегида в плазме крови пострадавших был ниже, чем у пострадавших группы сравнения в 1,2 раза с 1-х по 5-е сутки.

Лечение цитофлавином позволило сохранить в пределах нормы активность фермента антиоксидантной защиты глутатионпероксидазы в течение всего периода наблюдения. При введении реамберина и мафусола у ожоговых больных отмечали периоды понижения активности данного энзима.

При введении реамберина и цитофлавина в течение всего периода наблюдений изменения активности супероксиддисмутазы не наблюдали, активность каталазы была на достаточно высоком уровне. В то время как у пострадавших, леченных мафусолом, также как у больных группы сравнения, отмечали периоды понижения активности исследуемых ферментов.

Таким образом, применение исследуемых антигипоксантов на фоне традиционной ИТТ приводило к снижению интенсивности процессов ПОЛ и активации ферментов антиоксидантной системы у всех тяжелообожженных. Что касается состояния системы антиоксидантной защиты, то можно выделить следующие моменты: лечение цитовлафином приводило к сохранению активности глутатионпероксидазы, супероксиддисмутазы и каталазы в эритроцитах в течение всего периода наблюдения. Введение реамберина – к сохранению активности супероксиддисмутазы и каталазы в исследуемый период.

Быстров М.В.

ОБ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ УЧАСТИЯ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СТАЦИОНАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Москва, Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России

Во Всероссийском центре медицины катастроф «Защита» проведено исследование по изучению организационных вопросов системы оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (ЧС). Исследование проводилось путем анкетирования 242 специалистов (экспертов), участвующих в организации и оказании ЭМП в различных субъектах Российской Федерации. Разработанная анкета включала 17 основных разделов с вопросами и вариантами ответов. Несомненный интерес представляют вопросы, относящиеся к маршрутизации потоков пострадавших в ЧС и госпитальному периоду оказания медицинской помощи.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о существенной значимости вопросов маршрутизации потоков пострадавших в ЧС. Оптимальным условием выполнения лечебно-эвакуационных мероприятий в догоспитальном периоде являются своевременное оказание ЭМП пострадавшим на месте ЧС (вблизи зоны ЧС) и проведение в кратчайшие сроки их медицинской эвакуации в лечебное учреждение, имеющее возможности для оказания медицинской помощи в полном, исчерпывающем объеме.

Наиболее готовы к реагированию в ЧС и приему «первой волны пострадавших» те медицинские организации, которые в повседневной деятельности осуществляют постоянный прием пострадавших и больных по экстренным и неотложным показаниям. Большое значение имеет выделение среди больничных учреждений субъекта Российской Федерации одной или нескольких головных региональных больниц по оказанию экстренной медицинской помощи, что поддерживается 79,4% анкетируемых экспертов. Сформулированы и одобрены 82,6% опрошенных специалистов основные критерии для определения регионального головного медицинского стационарного учреждения по оказанию экстренной медицинской помощи, такие как: прием в круглосуточном режиме больных и пострадавших по экстренным показаниям; многопрофильность учреждения, наличие специализированных отделений и центров по основным профилям экстренной медицины; наличие (желательно наличие) стационарного отделения скорой медицинской помощи; коечная мощность 400 коек и более; готовность учреждения к работе в условиях массового поступления пострадавших в ЧС. Именно в такие учреждения при медицинской эвакуации следует направлять основные потоки пострадавших в ЧС, нуждающихся в оказании медицинской помощи по экстренным показаниям. Данную точку зрения поддерживает 63,6% опрошенных специалистов по ЭМП.

При ликвидации медицинских последствий ЧС, особенно вне крупных населенных пунктов, большая роль отводится межмуниципальным медицинским центрам (2-й уровень оказания медицинской помощи). В данные медицинские учреждения эвакуируется значительное число пострадавших, часть из которых по медицинским показаниям переводится далее в региональные медицинские учреждения 3-го уровня. При наиболее сложных случаях, требующих проведения пострадавшим отдельных видов медицинской

помощи (высокотехнологичной), а также при большом числе тяжелопострадавших осуществляется медицинская эвакуация в федеральные медицинские организации.

Булыгина О.А., Климова Д.Б., Середа Ю.В.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия

Дневной стационар – активно функционирующее подразделение клиники, которое работает в режиме «стационарзамещающих» технологий и является реальным ресурсосберегающим резервом медицинской службы МО РФ. Штатный дневной стационар в клинике детских болезней функционирует с 2011 года со штатной емкостью 10 коек. По утвержденному положению допускается увеличение количества больных до 300% от числа развернутых коек. Контингент больных дневного стационара составляют дети в возрасте старше одного года, в состоянии ремиссии заболевания, за исключением воспитанников довузовских образовательных учреждений МО РФ. Перечень нозологических форм для лечения в дневном стационаре утвержден заместителем начальника ВМА по клинической работе.

Больные в дневной стационар могут поступать первично из приемного отделения в установленном порядке или переводиться из других отделений клиники для продолжения обследования и лечения в соответствии с перечнем нозологических форм. Необходимость пребывания родителей по уходу за ребенком определяется лечащим врачом. В период пребывания в дневном стационаре не допускается посещение детских образовательных учреждений. Дневной стационар в клинике детских болезней функционирует в двух режимах: без пребывания больного на койке (без питания) и с размещением на койке с питанием (на базе отделения клиники). Для детей, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении, обследование в рамках дневного стационара, по нашему мнению, наиболее удобно и комфортно.

Особенностью педиатрической клиники является невозможность размещения детей дневного стационара вместе с больными, находящимися в лечебных отделениях (опасность возникновения внутрибольничных инфекций). Следует так же учесть детский возраст и необходимость сопровождения пациентов родителями. Данное обстоятельство не позволяет значительно (до 300%) увеличить число пациентов в дневном стационаре тем более – при отсутствии необходимых помещений. Отсутствие отдельных помещений для полноценного пребывания детей в дневном стационаре в клинике детских болезней отражается на показателях работы дневного стационара.

Современный ритм жизни диктует необходимость поиска путей интенсификации лечебно-диагностического процесса с целью выполнения государственного задания по оказанию медицинской помощи детям и подросткам. Одним из направлений этой работы может явиться реорганизация функционирования детского кабинета (детской консультации) и дневного стационара клиники детских болезней. С целью оптимизации работы этих подразделений мы предлагаем организовать дневной стационар кратковременного пребывания («стационар одного дня») для пациентов льготного контингента с оформлением упрощенной истории болезни стационарного больного. Предназначение – проведение ускоренного амбулаторного обследования по направлению врача – консультанта детского кабинета, что приведет к увеличению количества больных стационара, увеличению показателя оборота койки, уменьшению нагрузки на детскую консультацию (амбулаторное обследование), улучшению показателей работы дневного стационара.

К сожалению, в новом положении о клинической базе Военно-медицинской академии (приказ № 863а от 13 ноября 2014 г.) подобной организационной структуры не

предусмотрено. По нашему мнению этот вопрос целесообразно рассмотреть и внедрить в работу детской клиники Военно-медицинской академии.

Васильева Л. В., Полевая Л. П., Иванников А. А.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ПАРОДОНТИТОВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С. М Кирова., кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

Профилактика и лечение заболеваний пародонта, которыми страдает более 85% населения земного шара, является актуальной проблемой стоматологии, имеющей общемедицинское и социальное значение. Большая распространенность болезней пародонта отмечена среди населения России (от 30% до 85%) и военнослужащих Российской армии (от 55% до 78). Исследованиями последних лет убедительно доказано, что в возникновении и прогрессировании пародонтита важная роль принадлежит микрофлоре полости рта. Подавляющая часть микроорганизмов входящих в состав резидентной микрофлоры приходится на анаэробные бактерии, многие из которых участвуют в патологических процессах (пародонтит, пульпит, язвенный стоматит). Представители аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры, такие как стрептококки, способны сбраживать углеводы по типу молочнокислого брожения. Результатом этой реакции является образование значительное количество молочной кислоты и других органических кислот.

Последние, помимо подавления роста некоторых гнилостных микроорганизмов, могут неблагоприятно влиять на зубную эмаль, вызывая кариозные поражения зубов. В особенности этой способностью обладает Streptococcusmutans. Похожим образом ведут себя лактобактерии. Таким образом, снижение численности микроорганизмов, входящих в состав микрофлоры полости рта, должно способствовать оздоровлению и улучшению клинического состояния при пародонтозе и других патологических состояниях. С этой целью проведено исследование по изучению воздействия озона на количественный и качественный состав микрофлоры десневых карманов. Отбор проб проводили у 25 больных с хроническим генерализованным пародонтитом. Пробы проводились до, через 3 минуты и через 10 минут после использования установки для обработки озоном (ozoneDTA). Обработка десневых карманов проводилась озоновым раствором в концентрации озона 30 мг/л в течении 5 минут. Посев осуществляли полуколичественным методом на плотные питательные среды.

Использовали: желточно-солевой, кровяной и молочно-растительный агар. Выделенные микроорганизмы были представлены стрептококками, лактобактериями, нейссериями, стафилококками и коринебактериями. Количество колониеобразующих единиц этих бактерий составляло 10 в 5 -10 в 6 в 1 мл. Сразу после обработки количество бактерий снижалось на порядок (в 4-5 раз) и в последующем через 3 и 10 минут после использования установки проходило снижение числа выросших колоний еще в 2-3 раза. Таким образом, обработка полости рта озоном эффективно снижает уровень микрофлоры на слизистой оболочке полости рта, что дает основание использовать данный метод в клинической практике.

Васильев В.Н., Яковлев В.В., Ващенков В.В., Васильева А.В., Сегеда Н.В.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии; СПб АППО, СПб ГБУЗ Городская больница №23

Цель исследования: оценить уровни реактивной тревожности и депрессии, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов после инфаркта миокарда (ИМ) и выполненного по этому поводу чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием коронарных артерий.

Материалы и методы: обследованы 76 пациентов (54% (41) мужчин – 1-я группа и 46% (35) женщин – 2-я группа) с ИМ после ЧКВ. Все больные проходили лечение на клинической базе кафедры госпитальной терапии ВМедА в кардиологическом отделении городской больницы № 23 Санкт-Петербурга в 2014-2015 годах. Распределение по полу, возрасту и длительности ИБС было практически равномерным. Средняя продолжительность госпитализации составила 19,2±5,2 суток для обеих групп. За время стационарного лечения всем больным выполнено общеклиническое исследование, согласно стандартам обследования пациентов с ИБС. Выявлялось наличие симптомов стенокардии, сердечной недостаточности, признаки прогрессирования ИБС. При оценке психического дискомфорта использовались критерии шкалы реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера, опросника депрессивности А. Бека (BDI). Показатели оценивали при поступлении пациента в кардиологическое отделение и перед выпиской. Полученные данные подвергнуты статистической обработке и сравнению.

Достоверных различий в функциональных показателях сердечнососудистой системы в исследуемых группах обнаружено не было.

Выявлены достоверные различия в уровнях реактивной тревожности и депрессивности в группах перед началом восстановительного лечения и в конце. Реактивная тревожность определялась по формуле: ΣП – ΣО + 50 (где П – прямые вопросы, О – обратные), при этом 20-30 баллов оценивались, как низкий уровень, 31-45 баллов, как средний и >46 баллов, как высокий.

Уровень реактивной тревожности составил: 1-я группа – 44,2±5,9 в начале госпитализации и 20,2±4.9 в конце, 2-я группа – 38,4±4.8 и 17,4±6.2 соответственно ($p<0,05$ для обеих групп).

Опросник депрессивности А. Бека включал 21 вопрос с ответами в баллах от 0 до 3, при этом отсутствие депрессии констатировали при наличии 9 и менее баллов, слабо выраженные проявления депрессии при 10-18 баллах, умеренно выраженное депрессивное состояние при 19-29 баллах, клинически выраженную депрессию при 30-63 баллах.

Уровень депрессивности составил: 1-я группа – 30,1±7.7 в начале госпитализации и 11.9±5.6 в конце, 2-я группа – 28,1±5,9 и 9,6±6,9 соответственно ($p<0,05$ для обеих групп). Выводы:Отмечена отчетливая редукция сомато-психических проявлений за время восстановительного лечения. Выявлено достоверное снижение уровней реактивной тревожности и депрессивности пациентов. У женщин, по сравнению с мужчинами определялась более отчетливая динамика снижения уровня реактивной тревожности и депрессивности в результате восстановительного лечения.

Вахлевский В.В., Тыренко В.В., Цыган Е.Н., Топорков М.М., Качнов В.А., Блохин М.П

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Кафедра факультетской терапии

Актуальность проблемы обусловлена необходимостью ранней диагностики поражения лёгких при ревматоидном артрите (РА), которые по данным патологоанатомических исследований определяют 10-20 % летальных исходов, а общая частота превышает 50 %. Одним из вариантов является облитерирующий бронхиолит, при котором поражаются бронхиолы – дыхательные пути диаметром менее 2 – 3 мм.

Цель работы: описание клинического случая диагностики и дифференциальной диагностики поражения лёгких при РА.

Материалы и методы. В специализированном ревматологическом отделении обследована пациентка 36 лет, имеющая длительный анамнез РА (более 12 лет), позитивного по ревматоидному фактору и антицитруллиновым цитоплазматическим антителам, высокой степенью активности, анкилозированием, наличием конституциональных (похудание, субфебрилитет) и системных (ревматоидные узелки) проявлений, с жалобами на одышку при минимальной нагрузке и малопродуктивный кашель. В анамнезе обращали внимание частые пневмонии, персистирующая активность и прогрессирование РА, требующие частой коррекции базисной терапии, клинические признаки нарастания нарушения функции дыхания в течение двух лет. Диагноз РА был подтверждён и уточнён в соответствии с классификационными критериями ACR/EULAR 2010г. Для определения рентгенологической стадии использовалась модифицированная классификация по Штейнброкеру. С целью оценки активности заболевания использовался индекс DAS28 (Disease Activity Score).В плане дифференциальной диагностики проводились биопсия и гистологическое исследование подкожного образования в области локтевого сустава (ревматоидный узелок?), компьютерная томография высокого разрешения (КТ), бронхоскопия, диффузионная способность легких (ДСЛ), Диаскин-тест и консультации фтизиатра, пульмонолога.

Результаты. При биохимическом исследовании крови отмечался высокий уровень С-реактивного белка (17,52 ед.) и ревматоидного фактора (93,3 ед), DAS 28 - 5,2, что подтверждало высокую активности РА. По данным КТ: легочная паренхима имела мозаичный вид нерезко очерченных участков экспираторного вздутия (повышенной прозрачности), граничащих с участками неизмененный воздушности легочной ткани; в обоих легких субплеврально определялись участки снижения пневмотизации легочной ткани по типу консолидации; на границе S4-S5 правого легкого - мелкий участок пневмофиброза с локально тракционно расширенными просветами мелких бронхов; на уровне бифуркации трахеи - увеличенные до 11-12 мм лимфатические узлы; камеры сердца не расширены. Следует отметить, что при классической рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений лёгких выявлено не было. По результатам ДСЛ выявлены резкие изменения механики дыхания с крайне резкими, генерализованными, мало обратимыми нарушениями проходимости дыхательных путей, значительно выраженной гиперинфляции легких, сочетающееся со значительным снижением легочного газообмена. Гистологически подтверждено наличие ревматоидных узелков. По результатам Диаскин-теста и консультации фтизиатра исключен туберкулёз. Совокупность полученных данных и заключение пульмонолога позволили сделать вывод о наличии поражения лёгких при РА в виде облитерирующего бронхиолита, что послужило основанием для пересмотра базисной терапии РА.

Выводы. Диагностика поражений легких при РА сложна, основывается на сочетании детального анализа анамнеза и динамики заболевания, инструментальной диагностики и требует междисциплинарного подхода. Раннее выявление поражения легких с применением

компьютерной томографии**,**бронхоскопии и диффузионной способности легких может существенно влиять на прогноз ихарактер проводимой терапии при РА.

Вахлевский В.В., Цыган Е.Н., Топорков М.М., Буряк И.С., Облекова Е.В., Качнов В.А., Блохин М.П.

ИНФЛИКСИМАБ В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Кафедра факультетской терапии

*Актуальность:*Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое, прогрессирующее воспалительное заболевание позвоночника, которое может протекать с поражением энтезов и периферических суставов. АС занимает второе место по распространенности среди воспалительных ревматических заболеваний, поражая людей работоспособного возраста,приводя к ранней инвалидизации, ухудшению качества и сокращению продолжительности жизни. В случаях выраженных скелетных нарушений и развитии кокситов, персистенции активности, рецидивирования увеитов и иридоциклитов, резистентности к стандартной терапии эффективно применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Цель исследования: Изучить эффективность генно-инженерной биологической терапии у военнослужащих с АС.

*Материалы и методы:*Обследовано 20 пациентов мужского пола, средний возраст которых составляет 40 $\pm$ 1,6 (от 39,8 до 41,6) лет, длительность заболевания составила 8,45$\pm$1,5 (от 7,9 до 9,4) лет. Все пациентыассоциированны с HLA–B 27. Диагноз АС был верифицирован согласно Российским модифицированным Нью-Йоркским критериям (2013г). К моменту начала исследования больные получали нестероидные противовоспалительные препараты (мелоксикам, целекоксиб) в максимальных дозировках, короткие курсы внутривенных и внутрисуставных инъекций ГКС, а также сульфасалазин при наличии внеаксиальных и внескелетных проявлений заболевания**.**Из системных проявлений у 8 (40 %) пациентов наблюдалась иридоциклиты, в 18 (90 %) анемия, в 9 (45 %) лимфоаденопатия, пневмофиброз в 2 (10 %), миокардиодистрофия у 3 (15 %) пациентов.Пациенты со средней степенью активности заболевания составили 2 (10 %), с высокой степенью активности заболевания – 18 (90 %). Пациенты со II рентгенологической стадией заболевания составили 12 (60%), с III рентгенологической стадией – 7 (40 %.). Выделены 10 пациентов, имеющие показания к проведениютерапии ГИБП инфликсимаб (ремикейд) и обследованы на предмет отсутствия противопоказаний. Инъекции инфликсимаба проводились из расчета 5 мг/кг со стандартной премедикацией: исходно и 2-ая и 6-ая недели после первого введения, далее каждые 8 недель.

Результаты: Уже после первого введения ингибитора ФНО-альфа инфликсимаб у 100% пациентов отмечался клинико-лабораторный положительный эффектпо функциональным тестам и индексу активности ASDAS. Через 24 недели лечения инфликсимабом снижение индекса активности BASDAI составило 50% в 28 % случаев, через 48 недель - в 71,4 % случаев. По критериям Американской коллегии ревматологов (АКР) 20% улучшение через 24 недели лечения наблюдалось у 28,5% больных, через 48 недель - у 71,4% больных. К концу исследования достоверно улучшилась проба Томайера по сравнению с исходными значениями: с 14,3 до 6,1;значения позвоночного индекс с 16 до 22.9. Клиническое улучшение согласовывалось со снижениеми нормализацией СОЭ, повышение гемоглобина с 109,5 до 150,1 г/л. Клиническая ремиссия была достигнута в 28,5% случаев, в 28,5% активность болезни стала умеренной, в 43% активность заболевания стала минимальной. Переносимость препарата была удовлетворительной.Побочным явлением было транзиторное повышение уровней печеночных ферментов в 28,5% случаев.

*Выводы:*Применение терапии ГИБП ингибитором ФНО-альфа инфликсимаб позволяет достичь быстрого положительного клинико-лабораторного эффекта в лечении АС.

Ващенко В.И., Вильянинов В.Н., Попова Н.Н., Калеко С.П., Романенко С.М., Гусев С.В.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТРОМБОЦИТНОГО КОНЦЕНТРАТА В ПРОЦЕССЕ ХРАНЕНИЯ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Тромбоцитный концентрат (ТК) заготавливали в Центре (крови и тканей) на автоматических сепараторах клеток крови «Amicus 4R-4580» («Fenwal-Baxter», США), «Trima» (GambroBCT, Германия) в соответствии с инструкциями, прилагаемыми к аппаратам.Контроль качества ТК производили в день заготовки, а также на 3, 5, 7 сутки хранения в тромбомиксере.

По требованиям Стандартов качества ТК обязательной является оценка трех показателей – содержания тромбоцитов, остаточных лейкоцитов и pH компонента. В научных целях нами исследованы и другие показатели. Лабораторные методы исследования включали: содержание тромбоцитов – унифицированным методом в счетной камере Горяева; подсчет остаточных лейкоцитов и эритроцитов – в камере Nageotte и с помощью проточного цитометра «FACSCalibur» в соответствии с техническим руководством используемого аппарата; pH – с помощью pH-метра; pO_2 и pCO_2 – автоматизированным методомна анализаторе газов крови EasyStat (США); содержание глюкозы, лактата, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) – набиохимическом автомате «Hitachi-917» (Roche DiagnosticsGmbH, Германия); объем тромбоцита и анизотропию – на анализаторе «BeckmanCoulfer»; коэффициент кручения тромбоцитов – методом микроскопии; агрегацию тромбоцитов – медицинским импендансным агрегометром Chronolog 440 с использованием индукторов агрегации АДФ, коллагена (НПО «РЕНАМ»).

Полученные в процессе исследования медико-биологические данные обрабатывали на персональном компьютере с помощью программы MicrosoftExcel.

Установлено, что к седьмым суткам хранения количество тромбоцитов в дозе сокращалось с 308 ± 4 до 282 ± 9×10^9, содержание эритроцитов не изменялось (0,05 ± $0{,}01\times10^9$/л), примесь лейкоцитов снижалась незначительно (с 0,79 ± 0,11 до 0,77 ± 0,12 $\times10^6$/л), pH оставалось неизменным (7,21 ± 0,09 ед.), pO_2 повышалось (с16,9 ± 2,2 до 17,3 ± 1,8 кПа), pCO_2 падало более, чем в 2 раза (с7,5 ± 1,7 до 2,8 ± 0,3 кПа), анизотропия тромбоцитов также практически не изменялась (с 10,63 ± 1,55 до 10,94 ± 2,87 PDW). Указанные различия не носили достоверного характера. Выявлено достоверное снижение содержания глюкозы (с 18,0 ± 1,7 до 11,5 ± 2,0 мМ/л, $p< 0{,}05$) как показателя энергетических процессов (гликолиза), повышенное содержание лактата (с 2,7 ± 0,8 до 15,1 ± 3,2 мМ/л, $p<0{,}01$) и лактатдегидрогеназы (с 132,7 ± 14,4 до 189,2 ± 18,0 МЕ/л, $p<0{,}01$), снижение индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов (с 69 ± 4% до 56 ± 3%, $p<0{,}05$) по мере хранения ТК по сравнению с исходными данными. На 7-е сутки хранения имело место снижение коэффициента кручения тромбоцитов (с 98,0 ± 2,0 до 4,7 ± 4,2 %, $p< 0{,}001$) в капле в камере Горяева (показателя функциональной полноценности клеток), однако оно не сопровождалось изменениями объема и морфологии клеток на всем протяжении сроков хранения.

Таким образом, ТК до 7 суток хранения по официальным требованиям (содержанию тромбоцитов, лейкоцитов и pH) соответствует Стандартам качества и может переливаться реципиентам. С учетом результатов дополнительных исследований (индуцированная АДФ, агрегация тромбоцитов, содержание лактата, коэффициент кручения тромбоцитов) для трансфузий онкогематологическим больным целесообразнее использовать ТК малых

(первых-вторых) суток хранения. Больным с исходно нормальным состоянием гемостаза (ожоговым) можно переливать ТК более поздних сроков хранения.

Ващенко В.И., Антоненкова Е.В., Вильянинов В.Н., Ващенко Т.Н., Титулова Т.Б.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФУЛЛЕРЕНА C_{60} И ЕГО НАНОКОМПОЗИТОВ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА И ИММУНИТЕТА ПОЗВОНОЧНЫХ ЖИВОТНЫХ

г.Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова

Структурные особенности и физико-химические характеристики фуллеренов обуславливают широкий спектр их биологической активности. Особое внимание привлекают антиоксидантные эффекты фуллерена C_{60}. Показано, что антиоксидантная активность фуллерена C_{6o} обуславливает его нейропротективные, гепатопротективные, радиопротективные и противовоспалительные свойства (Andrievsky G.V. et al., 2009).

Целью исследования было изучение антиоксидантных свойств нескольких водорастворимых нанокомпозицитов фуллерена C_{60}, имевшие в качестве компонентов: поливинилпирролидона (ПВП) (M_m=8000±2000), Tween 80, 15-Краун-5-эфира.

В работе использованы 86 беспородных белых крыс весом 120 – 130 г., 30 кроликов шиншилла весом 2200-2300 г. и 60 образцов цитратной донорской крови. Для оценки эффектов нанокомпозитов исследовали альвеолярные и перитонеальные макрофаги крыс. Антиоксидантную активность нанокомпозитов исследовали спектрофотометрически в экспериментах *in vitro* на модели взаимодействия со стабильными свободными радикалами методом хемилюминесценции (Владимиров Ю.А., Проскурнина Е.В., 2009). При исследовании водных растворов C_{60} с ПВП (каждый в концентрации 1,5; 3; 6,5; 12,5 и 25%) на супероксидпродуцирующую способность альвеолярных и перитонеальных макрофагов крыс установлено, что супероксидпродуцирующая активность макрофагов снижалась, что свидетельствует о его антиоксидантном действии. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что наиболее выраженное тушение хемилюминесценции происходило под влиянием фуллеренов C_{60}, входящих в состав 3 и 6,5% растворов. Так, применение 3 % раствора C_{60}/ПВП приводило к уменьшению активности альвеолярных макрофагов в среднем на 35% (в 1,5 раза) и перитонеальных – на 69% (в 3,2 раза). При инициации зимозаном «кислородного взрыва», при котором выработка активных форм кислорода фагоцитами повышается в среднем в 3-5 раз, добавление в клеточную суспензию нанокомпозита фуллерена C_{60}/Tween 80 привело к существенному торможению продукции супероксида. Показано, что 0,05% раствор этого нанокомпозита фуллерена вызвал снижение показателей стимулированной хемилюминесценции альвеолярных макрофагов до 12,45 ± 2,49%, а перитонеальных до 23,87 ± 6,28%. Гашение свечения под влиянием 0,02% раствора фуллерена C_{60}/Tween 80 также было значительным: у альвеолярных макрофагов оно уменьшилось до 14,39 ± 4,31%. В среде перитонеальных макрофагов показатели хемилюминесценции снизились соответственно до 39,31 ± 10,85%.

Результаты экспериментов по изучению агрегации тромбоцитов в составе нанокомпозитов показали, что нанокомпозит, содержащий фуллерен C_{60} в растворе ПВП, не вызывает изменений в агрегации тромбоцитов человека, в то время как фуллерен C_{60} в растворах краун-эфира и твина 80 снижает АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов на 20 и 30% соответственно.

Таким образом, установлено, что нанокомпозиты фуллерена C_{60} обладают антирадикальной активностью пропорционально увеличению их концентрации в растворе и, что краун-эфир как в составе нанокомпозита с фуллереном, так и после его прибавления к ОТП, существенно уменьшает агрегацию тромбоцитов человека.

Ващенко В.И., Попова Н.Н., Бойцова М.Ю., Смаева Е.Н., Егорова Е.Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГЕМОКОМПОНЕНТАМИ С УДАЛЕННЫМИ ЛЕЙКОЦИТАМИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Одним из важных направлений повышения эффективности и безопасности гемотрансфузионной терапии является применение донорских компонентов с удаленными лейкоцитами. Европейский Совет по трансфузионной медицине рекомендует снижать примесь лейкоцитов в дозе донорских компонентов до величины менее 1×10^6 клеток. Проведение гемотрансфузионной терапии в ряде случаев сопровождается развитием негемолитических посттрансфузионных реакций, в развитии которых значительную роль играют цитокины, накапливающиеся в гемотрансфузионной среде при хранении (MuylleyL., 1993).

Целью работы была сравнительная оценка цитокинового статуса у больных кардиохирургического профиля, которым проводилась гемотрансфузионная терапия лейкофильтрованными донорскими компонентами и с удаленным лейкоцито-тромбоцитарным слоем (ЛТС).

Проведено сравнительное исследование цитокинового статуса у 52 больных, страдавших ишемической болезнью сердца. Больные были разделены на две группы: I группа – пациенты, которым переливались гемокомпоненты с удаленным ЛТС, II группа – пациенты, которым переливались лекофильтрованные гемокомпоненты. Для лейкофильтрации эритроцитосодержащих компонентов применяли устройства Leukotrap WB, A1, BPF фирмы «PALL», ImugardIII-RC 4p фирмы «TERUMO», позволяющие в закрытой системе получать фильтрованную эритроцитную массу, эритроцитную взвесь и плазму. Все лейкофильтрованные компоненты соответствовали Техническому регламенту. После лейкофильтрации количество остаточных лейкоцитов составляло $0{,}41\pm0{,}04\times10^6$ клеток в дозе. Содержание интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-4 (ИЛ-4), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухолей-α (ФНО-α) в эритроцитосодержащих компонентах до и после лейкофильтрации, а также у пациентов после гемокомпонентной терапии, определяли методом ИФА тест-системами производства ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург) и ЗАО «Вектор–Бест» (Новосибирск).

Проведенные исследования показали высокую эффективность использованных фильтров. Не выявлено достоверных различий в содержании интерлейкинов в эритроцитосодержащих компонентах крови до и после фильтрации.

При сравнительном анализе цитокинового статуса у больных, которым переливали лекофильтрованную эритроцитную массу (I группа) и у больных, получавших эритроцитную массу с удаленным ЛТС (II группа), выявили различия между группами ($p<0{,}05$) по содержанию ИЛ–6 в крови больных. Через 24 часа после гемотрансфузий в I группе содержание ИЛ–6 составило 27,21±2,73 пг/мл, в то время как во II группе – 56,52±4,65 пг/мл. Через 72 часа содержание ИЛ–6 в крови больных сохраняло такое же соотношение (29,32±2,41 пг/мл в I группе и 55,22±4,27 пг/мл во II группе).

Таким образом, использование гемокомпонентов с удаленными лейкоцитами повышает иммунологическую безопасность гемокомпонентой терапии для больных кардиохирургического профиля.

Ващенко В.И., Романенко С.М., Гусев С.В., Титулова Т.Б., Игнатович Г.П.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ И АПОПТОЗА ЛЕЙКОЦИТОВ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ КАЧЕСТВА ТРОМБОЦИТНОГО КОНЦЕНТРАТА

г. Санкт–Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Присутствие в тромбоцитных концентратах балластных лейкоцитов ассоциируется с посттрансфузионными реакциями и существенно влияет на качество тромбоцитов при хранении. Поэтому обязательным условием для предупреждения развития рефрактерности к перелитым донорским тромбоцитам является использование тромбоцитных концентратов (ТК), обедненных лейкоцитами (Chalandon Y., 1999).

Целью работы было изучение морфо-функциональной полноценности лейкоцитов, содержащихся в тромбоцитном концентрате, получаемого от одного донора различными способами: на аппарате «Amicus» (1–я группа), и методом дифференцированного центрифугирования донорской крови на центрифугах «Jouan KR 4i» и «Sorval RC-3C(2–я группа) с последующим приготовлением ТК. (Афонин Н.И. и др., 1998).

В результате выполненного исследования установлено, что в обеих группах заготовленных разными способами ТК отмечено прогрессирующее уменьшение числа остаточных лейкоцитов при хранении донорских компонентов. Как при применении аппаратного метода, так и при использовании дифференциального центрифугирования количество лейкоцитов ($\times 10^9$/дозу) относительно 1 суток хранения значимо уменьшалось к 3 суткам (от 1,03±0,11 до 0,44±0,05 (1–я группа) и 1,08±0,14 до 0,42±0,04 (2–я группа) ,соответственно; $p<0,05$). Однако, при параллельном сравнении ТК одинаковых сроков хранения значимых различий между группами не выявлено.

Общим для субпопуляций лейкоцитов (лимфоцитов, моноцитов, гранулоцитов) является выраженное прогрессивное уменьшение их численности, причем значимые различия для всех изученных классов лейкоцитов выявлены уже на 2 сутки хранения ТК ($p<0,05$). Нужно отметить, что к 3-м суткам хранения эти величины в обеих группах становились еще более значимыми ($p<0,01$). При применении аппаратного метода на 3-и сутки хранения донорских ТК содержание гранулоцитов значимо превышало аналогичный показатель в ТК при использовании метода дифференциального центрифугирования.

При анализе результатов исследования установлено, что изменения жизнеспособности лейкоцитов также были близки в обеих группах. Имело место прогрессирующее уменьшение жизнеспособных форм, причем для моноцитов и гранулоцитов значимое сокращение живых клеток (тест с трипановым синим) выявлено уже на 2 сутки хранения ($p<0,05$). В последующем к 3 суткам оно становилось еще более значимым ($p<0,01$). Таким образом, тенденция к уменьшению клеток на 2 сутки хранения приобретала значимый характер к 3 суткам хранения ($p<0,05$).

Количество апоптозных клеток ($\times 10^7$ /дозу) как при применении аппаратного метода, так и при использовании дифференциального центрифугирования относительно 1 суток хранения донорских ТК значимо уменьшалось к 3 суткам (с 4,1±0,3 до 1,4±1,3 и с 5,2±0,5 до 3,1±0,4, соответственно; $p<0,05$). Значимых различий между группами ТК при одинаковых сроках хранения не выявлено.

Таким образом, увеличение количества апоптозных лейкоцитов при хранении донорских ТК в значительной мере снижает их функциональные потенции и обосновывает необходимость удаления лейкоцитов предварительной фильтрацией для повышения лечебной эффективности донорского компонента.

Веретенко Е.А., Либих Д.А.

О ПРИВЫКАНИИ К ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ: ТЕРМИНОЛОГИЯ И ДЕФИНИЦИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
г. Санкт-Петербург, Институт биорегуляции и геронтологии

В ортопедической стоматологии понятие адаптация имеет сравнительно узкое значение – привыкание больного к зубному протезу. Однако именно эта проблема является одной из основных в стоматологии (А.К. Иорданишвили, 2008). Многие публикации отечественных и зарубежных авторов затрагивают главный вопрос стоматологии – проблему адаптации пациентов к различным конструкциям зубных протезов (В.Ю. Курляндский 1962; Л.М. Перзашкевич, 1975; Б.К. Костур, 1985; А.В. Цимбалистов, 2003; А.К. Иорданишвили, 20014). Её с полным основанием можно отнести к числу кардинальных проблем стоматологии, так как именно от адаптации пациента к зубному протезу происходит реализации законченности стоматологического лечения – стоматологической реабилитации. Наибольший интерес проблемы адаптации к зубным протезам приобрели в связи с развитием геронтостоматологии, изучением возрастных характеристик жевательного аппарата пожилого человека, его психосоматического состояния, отличающегося наличием коморбидной патологии. Следует согласиться с В.Н.Трезубовым (2000) в том, что в любом исследовании необходимо соблюдать четкость и единство трактовки терминов. Основываясь на данных литературы, а также собственном клиническом опыте работы в стоматологии, считаем наиболее приемлемыми при рассмотрении проблемы адаптации пациентов к зубным протезам следующие понятия: «начало периода адаптации» – согласуется с началом первой фазы – фазы раздражения по В.Ю.Курляндскому (1959), который выделял три фазы адаптации к зубному протезу, то есть это день сдачи (припасовки и наложения) зубного протеза; «окончание периода адаптации» – согласуется с третьей фазой – фазой полного торможения по В.Ю.Курляндскому, а именно завершающим днем этого периода, при которой протезоноситель уже не ощущает протез как инородное тело, а наоборот, не может оставаться без него; «период адаптации» – интервал между началом и окончанием адаптации конкретного протезоносителя к зубному протезу; «интенсивность адаптации» – показатель, характеризующий темп протекания процесса адаптации у протезоносителя; «средний срок адаптации» - это временной показатель, характеризующий средние значения продолжительности периода адаптации в группе исследуемых протезоносителей. Следует отметить, что интенсивность процесса адаптации характеризует продолжительность второй фазы – фазы частичного торможения по В.Ю.Курляндскому, а также продолжительность третьей фазы – фазы полного торможения, завершение которой и определяется интенсивностью или темпом адаптации пациента к зубному протезу.

Таким образом, пациент обычно привыкает (адаптируется) к зубному протезу, если в процессе пользования им в ближайшие сроки после его наложения устранены болевые ощущения, наступила психическая (приспособление к инородному телу), фонетическая и двигательная (выработка нового стереотипа жевания) адаптация.

Ветряков О.В., Гайдук С.В., Цепкова Г.А., Бабак А.В.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА СКОРОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ТРИЦИКЛИЧЕСКИМИ АНТИДИПРЕССАНТАМИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Несмотря на широкий комплекс проводимых лечебных мероприятий, включающих применение антидотной, дезинтоксикационной и метаболической терапии, длительность

лечения пациентов после перенесенных острых экзогенных отравлений трициклическими антидипрессантами (Амитриптилин, Доксепин, Дезипрамин и др.) тяжелой степени составляет в среднем 7,2±1,13 сут.

В комплексных реабилитационных программах у пациентов после перенесенных острых экзогенных отравлений трициклическими антидипрессантами тяжелой степени, наряду с традиционной медикаментозной терапией мы использовали метод гипербарической оксигенации (ГБО). Основными лечебными эффектами которого, как известно, являются: адаптационный, метаболический, детоксикационный, бактерицидный, иммуностимулирующий и репаративно-регенеративный. К основным механизмам действия ГБО, способным обеспечить лечебный эффект у больных токсикологического профиля, является её антигипоксическое действие, влияние на центральную гемодинамику, нейрогуморальную и вегетативную регуляцию сердца, рецепторный аппарат клеток – т.е. эффекты, приводящие в итоге к улучшению кровоснабжения головного мозга и скелетной мускулатуры.

В этой связи для оценки эффективности гипербарической оксигенации нами изучена эффективность реабилитационной программы у 11 больных (средний возраст 32,4±4,1 лет), включающей в себя сеансы ГБО в одноместной лечебной барокамере БЛКС-3-01. Курс лечения состоял из 3-х сеансов, проводимых ежедневно продолжительностью 45мин при индивидуально подобранном избыточном давлении кислорода в интервале от 0.7 до 1,5 атм.

У пациентов после курса лечения ГБО по данным велоэргометрии выявлено восстановление толерантности к физической нагрузке к 5-м суткам госпитализации, а также урежение средней ЧСС на 31,3±6,04% ($p \leq 0,05$) по данным суточного мониторирования ЧСС по Холтеру, что косвенно свидетельствует об улучшении функции скелетной мускулатуры и миокарда в результате положительного влияния ГБО. В то же время в группе пациентов, которым не проводилось ГБО, аналогичные показатели достигали достоверной нормализации лишь к исходу восьмых суток.

Клинические результаты подтверждены данными психологических тестов САН и теста Люшера, выявивших достоверное снижение уровня стресса, увеличение работоспособности, улучшение настроения и самочувствия.

Таким образом, установлено, что использование ГБО в комплексных реабилитационных программах больных после перенесенных острых экзогенных отравлений трициклическими антидипрессантами тяжелой степени, достоверно повышает толерантность к физической нагрузке, улучшает психоэмоциональный статус больных и, в целом, уменьшает время пребывания в стационаре.

ВецмадянЕ.А., ВоронцоваД.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БУРСИТОВ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Введение. Синовиальные околосуставные сумки локтевого отростка имеют три типичные локализации: подкожную, межсухожильную и подсухожильную. При воспалении околосуставная сумка увеличивается в размерах и определяется подкожно в виде образования. При неблагоприятном течении заболевания, синовиальная жидкость инфицируется, и возникает гнойный бурсит. В хронической стадии бурсита происходит обызвествление капсулы сумки и ее содержимого. Бурсит локтевого отростка возникает в результате травмы (посттравматический бурсит) или после продолжительной микротравматизации локтевого отростка, часто у спортсменов и военнослужащих.

Необходимо различать бурситы локтевого отростка от опухолей и опухолеподобных образований.

Цель. Изучение возможностей ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике бурситов локтевого отростка при планировании и выборе метода лечения больных в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В клинике амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова были обследованы 47 пациентов с предварительным клиническим диагнозом: «бурсит локтевого отростка». Из них мужчин было 31 (65,9%), женщин - 16 (34,1%). Ультразвуковые исследования проводили на диагностическом аппарате «Aplio 500». Применяли методики эластографии, цветного допплеровского картирования потоков, энергетического допплеровского картирования и программу «mikropure». Использовали линейные мультичастотные датчики (5 - 7,5 МГц).

Результаты. По данным УЗИ бурситы были выявлены у 42 (88,1%) больных. У 22 (53%) из них были диагностированы серозные, у 17 (40%) – гнойные, у трех (7%) - хронические бурситы. У 4 пациентов были диагностированы липомы, располагавшиеся по задней поверхности локтевого сустава. У 1 больного выявлен отек и увеличение объема мягких тканей (ушиб). Определены ультразвуковая семиотика и дифференциально-диагностические критерии различных вариантов бурситов, опухолей и опухолеподобных состояний по характеру содержимого синовиальной сумки, толщине ее капсулы, наличию в ней обызвествлений, кровоснабжения окружающих бурсу мягких тканей, типу цветовых карт и коэффициенту жесткости образований (при эластографии). Результаты УЗИ верифицированы на основании бактериологических и цитологических исследований содержимого сумки сустава, послеоперационных гистологических анализов образований.

Выводы. Результаты комплексного УЗИ с применением адекватно подобранных методик позволяют проводить дифференциальную диагностику бурситов и других мягкотканных образований локтевого сустава, что существенно влияет на выбор тактики лечения больных в амбулаторных условиях.

Вецмадян Е.А., Воронцова Д.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БУРСИТОВ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Введение. Синовиальные околосуставные сумки локтевого отростка имеют три типичные локализации: подкожную, внутрисухожильную и подсухожильную. При воспалении околосуставная сумка увеличивается в размерах и определяется подкожно в виде образования. При неблагоприятном течении заболевания, синовиальнаяжидкость инфицируется, и возникает гнойный бурсит. В хронической стадии бурсита происходит обызвествление капсулы сумки и ее содержимого. Бурсит локтевого отростка возникает в результате травмы (посттравматический бурсит) или после продолжительной микротравматизации локтевого отростка, часто у спортсменов и военнослужащих. Необходимо различать бурситы локтевого отростка от опухолей и опухолеподобных образований.

Цель. Изучение возможностей ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике бурситов локтевого отростка при планировании и выборе метода лечения больных в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В клинике амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова были обследованы 47 пациентов с предварительным

клиническим диагнозом: «бурсит локтевого отростка». Из них мужчин было 31 (65,9%), женщин - 16 (34,1%). Ультразвуковые исследования проводили на диагностическом аппарате «Aplio 500». Применяли методики эластографии, цветного допплеровского картирования потоков, энергетического допплеровского картирования и программу «mikropure». Использовали линейные мультичастотные датчики (5 - 7,5 МГц).

Результаты. По данным УЗИ бурситы были выявлены у 42 (88,1%) больных. У 22 (53%) из них были диагностированы серозные, у 17 (40%) – гнойные, у трех (7%) - хронические бурситы. У 4 пациентов были диагностированы липомы, располагавшиеся по задней поверхности локтевого сустава. У 1 больного выявлен отек и увеличение объема мягких тканей (ушиб). Определены ультразвуковая семиотика и дифференциально-диагностические критерии различных вариантов бурситов, опухолей и опухолеподобных состояний. Результаты УЗИ верифицированы на основании бактериологических и цитологических исследований содержимого сумки сустава, послеоперационных гистологических анализов образований.

Выводы. Результаты комплексного УЗИ с применением адекватно подобранных методик позволяют проводить дифференциальную диагностику бурситов и других мягкотканных образований локтевого сустава, что существенно влияет на выбор тактики лечения больных в амбулаторных условиях.

Вильянинов В.Н., Попова Н.Н., Калеко С.П., Ващенко В.И., Скрипай Л.А., Романенко С.М.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВИРУСИНАКТИВИРОВАННОЙ ПЛАЗМЫ С ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ТРАНСФУЗИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность инактивации патогенов в плазме для подразделений службы крови МО РФ заключается в том, что свежезамороженную плазму (СЗП), не прошедшую карантинизацию из-за неявки донора на контрольное обследование, руководящими документами запрещено переливать пациентам лечебных организаций. Согласно действующего законодательства РФ, использование такой плазмы для производства альбумина, не предусмотрено.

В Центре (крови и тканей) проведено исследование вирусинактивированной плазмы с целью оценки соответствия ее требованиям Стандартов качества к СЗП, применяемой для трансфузий. Вирусинактивацию патогенов в СЗП, заготовленной из дозы консервированной крови и не прошедшей карантинизацию из-за отсутствия донора на контрольном обследовании, осуществляли фотодинамическим методом с помощью системы «ТЕРАФЛЕКС-МБ-ПЛАЗМА» с применением метиленового синего (n=69), а плазмы, заготовленной автоматическим плазмаферезом – с применением амотосалена – по технологии INTERCEPT(n=67).

Лабораторные методы исследования включали определение протромбинового времени (ПТВ), тромбинового времени (ТВ), активированного частичного тромбинового времени (АЧТВ), международного нормализованного отношения (МНО), содержания фибриногена, факторов свертывания (VIII, IX, V) и противосвертывания (протеин С, протеин S, АТIII). Исследования проводили до и после вирусинактивации патогенов в плазме.

Установлено, что при использовании метиленового синего, показатели МНО, ПТВ, уровень антитромбина III и протеина С до и после вирусной инактивации в плазме не изменялись. АЧТВ имело тенденцию к увеличению. ТВ увеличилось с $16,6 \pm 0,9$ сек до

19,9 ± 1,0 сек ($p<0,05$). Достоверно снижалось содержание фибриногена, V, VIII и IX факторов ($p<0,01$). Изменения в содержании факторов свертывания при использовании амотосалена были аналогичны. Содержание протеин С, протеин S, АТIII после инактивации метиленовым синим не изменялось, после использования амотосалена изменялось минимально ($p>0,05$).

Таким образом, качество вирусинактивированной свежезамороженной плазмы соответствовало Стандарту качества на указанный компонент крови и не зависело от использованного метода инактивации патогенов. Выбор метода инактивации определяется способом заготовки плазмы от донора и стоимостной целесообразности такой манипуляции. Свежезамороженная плазма, не прошедшая карантинизацию из-за неявки донора на повторное обследование, инактивированная с помощью методов, разрешенных к применению на территории РФ, применялась у гематологических, кардиохирургических и ожоговых больных для профилактики и лечения нарушений гемостаза.

Вильянинов В.Н., Романенко С.М., Ващенко В.И., Егорова Е.Н., Ващенко Т.Н.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ ПРИ ЗАГОТОВКЕ КРОВИ В ВЫЕЗДНЫХ УСЛОВИЯХ

г.Санкт–Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Современные декретированные технологии по приготовлению свежезамороженной плазмы (СЗП) предусматривают использование донорской крови не более 6 часов после донации. В настоящее время в связи со снижением количества доноров на стационарных станциях переливания крови (СПК) получила развитие технология заготовки крови в выездных условиях на предприятиях или в воинских контингентах, которые расположены территориально достаточно далеко. Полученная в таких условиях донорская кровь доставляется в стационарные СПК на переработку с превышением декретированных 6 часов. Имеется, однако, опыт зарубежных коллег, которые показали хорошую сохранность основных коагуляционных факторов в СЗП даже через 24 часа после донации (AgusN. etal., 2012).

Целью работы являлось сравнение качества СЗП, заготовленной фракционированием донорской крови через 4–6 часов после донации и через 18–24 часа. Качество и биологическую полноценность СЗП изучали, используя коагулометр STACompakt («Roche», Швейцария) по показателям гемостаза: ТВ, ПТИ, АЧТВ, МНО, фибриноген, факторы VIII и IX. Определение содержания антитромбина III и протеина С проводили спектрофотометрическим методом тест–системами НПО «РЕНАМ». Специальное лабораторное исследование включало в себя определение количественного содержания в плазме цитокинов: фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α), интерлейкина-1 (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) при помощи наборов реагентов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург) и ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Постановку реакции проводили согласно прилагаемой инструкции с обязательным контролем стандартных позитивных и негативных сывороток, входящих в состав тест систем. Результаты ИФА оценивали на фотометре StatFax-2100 при длине волны 405 нм. Расчет количественного содержания цитокинов осуществлялся по калибровочной кривой, построенной по результатам фотометрирования стандартных образцов.

При исследовании показателей гемостаза ТВ, ПТИ, АЧТВ, МНО, фибриноген, факторы VIII и IX в 43 образцах СЗП первичных доноров, полученных до 6 часов после фракционирования установлено, что средние значения показателей (ТВ – 16,6±0,9 сек, ПТИ – 71,6±4,8 %, АЧТВ – 34,2±1,2 сек, МНО – 1,32±0,05 усл. Ед., фибриногена – 2,82±0,12 г/л, фактора IX - 1,20±0,15 МЕ/мл, антитромбина III - 1,11±0,05 МЕ/мл г, протеина С - 1,06±0,06МЕ/мл) достоверно не отличались от показателей плазмы (ТВ – 17,9±1,0 сек, ПТИ –

65,1±3,7 %, АЧТВ – 36,2±1,6 сек, МНО – 1,44±0,05 усл. ед., фибриногена – 2,68±0,11 г/л, фактора IX - 1,14±0,16 МЕ/мл, антитромбина III - 1,12±0,04 МЕ/мл, протеина С - 1,03±0,06МЕ/мл), фракционированной через 18-24 часа после донации.

Результаты анализа показателей системы гемостаза СЗП, заготовленной как до 6 часов, так и через 18–24 часов после фракционирования, свидетельствуют о незначительных изменениях функционального состояния плазмы, кроме минимального уменьшения активности фактора VIII (до 6 часов 1,12±0,09 МЕ/мл и через сутки после донации 0,94±0,10 МЕ/мл). На основании полученных данных о гемостазе и, в частности, о содержании фактора VIII можно утверждать, что, заготовленная на современном консерванте СЗП, полученная при фракционировании из консервированной крови после 6 часов от момента донации, по своему качеству и биологической полноценности является полноценным компонентом для трансфузиологического лечения нарушений гемостаза у онкогематологических больных.

Винник Е.В., Железняк С.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОСТЕОАРТРОЗОВ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КДЦ ВМА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Низкоинтенсивное лазерное излучение, как и другие физические факторы, при лечении остеоартрозов относится к методам базисной терапии. Механизм терапевтического действия низкоинтенсивного лазерного излучения рассматривается как термодинамический запуск кальций-зависимых процессов. Локальное нарушение термодинамического равновесия вызывает высвобождение ионов кальция из внутриклеточного депо; далее развиваются вторичные факторы: активация метаболизма клеток и повышение их функциональной активности, противовоспалительное действие, стимуляция репаративных процессов, активация микроциркуляции крови и усиление трофического эффекта, анальгезирующее и иммуномодулирующее действие.

Нами применялся метод низкоинтенсивного инфракрасного излучения при лечении остеоартрозов ревматической и неревматической природы дистальных межфаланговых суставов кистей (геберденовские узелки).

Для лечение использовался аппарат магнитно-инфракрасного лазерного излучения терапевтический РИКТА, генерирующий инфракрасное излучение с длинной волны 860-960 нм, ступенчато- модулированное частотами 5,50,1000 Гц, максимальной мощностью до 8 Вт.

За 4 года данным методом пролечено 23 человека, средний возраст 49 лет, мужчины составляли 30%, женщины- 70%.Лечению подвергались пациенты с 1-2 ст. артроза, основной жалобой которых была боль в дистальных межфаланговых суставах кистей, беспокоящая в покое, усиливающаяся при физической нагрузке. Объективно выявлялась видимая, небольшая деформация суставов с нерезким ограничением подвижности во всех направлениях, рентгенологически при этом определялась сужение суставной щели, субхондральный склероз, остеофиты.

Всем пациентам назначалась следующая методика лечения: облучение по полям патологических суставов кистей(не более 3-х за одну процедуру) с ладонной и тыльной стороны, на поле с 1 до 2 мин., частота – 50 Гц, мощность с 4 Вт до 8 Вт. При поражении всех мелких суставов кисти применялась сканирующая методика с увеличением экспозиции до 5 мин. На ладонную и тыльную поверхности. При сканировании излучатель задерживался над особо болезненными суставами. Всем пациентам проводилось транскутанное облучение в кубитальной зоне 5Гц, 5 мин. С антиоксидантной целью всем пациентам во время проведения курса лазеротерапии назначались желатиновые капсулы с масляным раствором витамина А или Е в течении 10 дней. Курсовое лечение лазеротерапии составляло от 8 до 10

дней. Через 1 месяц назначался повторный курс. Последующие курсы 2 раза в год в осенне-весенний период.

После проведения курсового лечения положительная динамика наблюдалась у всех пациентов: отмечалось уменьшение болевых ощущений, нормализация сна, увеличение двигательной активности в патологических суставах, всеми пациентами отмечалось уменьшение деформации суставов (за счет уменьшения отеков в зоне суставов). При объективном осмотре определялось увеличение объема движений в суставах, уменьшение болезненности при пальпации, уменьшение отека над суставами, улучшался психоэмоциональный статус пациентов.

Вывод: применение низкоинтенсивного инфракрасного лазерного облучения при лечении полиостеоартрозов мелких суставов кистей в условиях амбулаторно-поликлинической помощи оказывает положительное действие. Более 50% пациентов имеют стойкий положительный эффект в течение 6-ти месяцев.

Винник Л.Ф., Караиванов Н.С., Питенин Ю.И., Соседов П.Ю., Галеппо В.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Первичные множественные операции (ПМО) - два и больше равнозначных оперативных вмешательства, выполняемых одновременно у одного пациента но поводу основного заболевания, как правило, представленного доброкачественной полинеоплазией кожи и мягких тканей.

Симультанные операции - оперативные вмешательства по поводу сопутствующего хирургического заболевания, выполняемого одновременно с завершением операции по устранению основного заболевания. Симультанные операции могут быть как одиночными, так и множественными.

Показанием к выполнению ПМО обычно служит клинический морфологически верифицированный диагноз врожденной или приобретенной мультиморфной полинеоплазии кожи и мягких тканей е нестабильным развитием отдельных опухолей. Учитывая прогностическое значение полинеоплазий кожи в возможном развитии висцеральных неоплазий, ПМО по поводу полинеоплазий кожи следует реализовать только после исключения опухоли внутренних органов.

За 5 лет (2010-2014 годы) в клинике амбулаторно-поликлинической помощи оперированы 970 больных с новообразованиями кожи и мягких тканей. Из них ПМО выполнены у 166 (17.1%) пациентов с удалением от 2 до 28 новобразований. Всего при Г1МО удалено 540 опухолей, причем 17 из них верифицированы как базалиомы. Более половины доброкачественных опухолей удаленных с помощью ПМО составили папилломы и пигментные невусы. Все операции выполнены с использованием различных видов местного обезболивания. Интро- и послеоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность лечения в группе пациентов с Г1МО составило 9.7 дней, что превышало сроки лечения больных с одиночными опухолями всего на 0.8 дней. При этом затраты на 1 пациента с ПМО эквивалентны одиночным и экономическая эффективность, выполненных ПМО, составила 325,6 тыс.руб.

С 1994 по 2010 год на клинической базе кафедры АПП в стационаре кратковременного пребывания консультативно-диагностического центра №85 СПб нами симультанно оперированы 9 мужчин и 138 женщин в возрасте от 48 до 80 лет, у которых совокупно удалено 319 опухолей, в 74,6% представленных папилломами. У остальных

симультанно удаленные опухоли определены как эпидермальные кисты, невусы и липомы. Как основные операции, у 78 больных отмечены вмешательства на щитовидной железе, у 23 - операции по поводу варикозной болезни, у 37 - по поводу грыж живота и у 9 - по поводу других заболеваний. Показанием к симультанной операции служило наличие в зоне основного оперативного вмешательства таких новообразований как меланоформные невусы, нестабильные кератомы, эпидермальные кисты, липомы, представляющие онкологический фактор риска, или новообразования представляли собой явный косметический дефект. Осложнений, связанных с выполнением симультанных операций, а также оказание отягощающего влияния их на течение и исход основных оперативных вмешательств отмечено не было. С учетом тарифов амбулаторных операций анализируемого периода времени, экономический эффект от выполнения симультанных операций составил 294 тыс. руб. при сохранении высокого уровня качества лечения.

ВЫВОД: первично множественные и симультанные операции следует шире использовать в амбулаторной хирургии как операции, обеспечивающие раннюю полноценную санацию от хирургических болезней, что обеспечивает существенную экономическую эффективность.

Власов А.А.,Воинов В.В., Синяков В.В., Плеханов В.Н.,Шаповалова Г.В., Роева О.В.

ТАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ «НОВОЙ» МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ МИОКАРДИТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2-ая кафедра (терапии усовершенствования врачей), г. Мирный, Архангельской обл., Филиал №12 ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России

Некоронарогенные заболевания миокарда – краеугольный камень военной кардиологии, что связано с их высокой распространенностью среди лиц молодого возраста, часто неопределенным прогнозом, трудностями диагностики, лечения и необходимостью профессиональной экспертизы.

Прапорщик Д., 37 лет с избыточной массой тела, мягкой артериальной гипертензией, ПМК в анамнезе, заболел остро. С явлениями интоксикации и респираторными симптомами обратился в поликлинику на 3 сутки от начала заболевания. Амбулаторное лечение (кагоцел, азитромицин) - с положительным эффектом. К 5 суткам болезнисимптомыбыли купированы. Ухудшение самочувствия отмечал с 7 суток (лихорадка до 39^0С). Был госпитализирован в инфекционное отделение госпиталя с диагнозом: фаринготрахеит. В анализах: лейкоцитоз $10,5x10^9$/л, ускорение СОЭ до 44 мм/ч, повышение фибриногена до 9,46 г/л; ЭКГ, рентгенография ОГК- без патологии. На фоне проводимой терапии на 2-е сутки сохранялась фебрильная лихорадка. На ЭКГ появились изменения реполяризации в области верхушки, перегородки нижнебоковой стенки левого желудочка (ЛЖ) в виде подъема сегмента ST, островозникшие признаки гипертрофии левого предсердия. Проводилось многокомпонентноелечение, усилена антибиотикотерапия.Несмотря на это, состояние больного ухудшилось: наросли головокружение, одышка, слабость, боли за грудиной. Отмечалась нестабильность гемодинамики, тахипноэ, тахикардия, уменьшение сатурации O_2 до 94%. На ЭКГ наблюдались снижение сегмента ST с формированием отр. зубцов Т, расширение зубца Р (форма «щит и меч»). Переведен в ОРИТ. ЭхоКГ выявила дилатациюпредсердий II-III ст. ЛЖI ст.; неоднородность структуры миокарда, диффузноеснижениесократимостимиокарда ЛЖ, снижение ФВ до 54%, МР III ст.Тропониновый тест был положительным. При рентгенографииОГК обнаружена инфильтрация легочной ткани в S 1,2 правого лёгкого, расширение тени сердца вправо; в анализах крови - умеренный сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ до 23 мм/ч, снижение фибриногена до 1,32 г/л, положительный тест на д-димеры. В ОРИТ проводилось лечение

имипенемом, циластатином,моксифлоксацином внутривенно, антикоагулянтами, антиагрегантами, средствами с положительным инотропным эффектом на фоне оксигенотерапии. В 1-е сутки нахождения в ОАРИТ состояние пациента улучшилось: исчезла лихорадка, уменьшилась дыхательная недостаточность, достигнута стабилизация показатели гемодинамики. Но при ЭхоКГ сохранялась МРIII ст., появилось подозрение на отрыв сегмента хорды задней створки митрального клапана (МК). У пациента был диагностированвероятный инфекционный эндокардит с поражением МК.В связи с угрожающим разрушением МК, высоким риском тромбоэмболических осложненийбыло принято решение о необходимости эвакуации пациента. Командованием при участии главных медицинских специалистов округа и Министерства обороны организована экстренная эвакуация пациента в Военно-медицинскую академию авиационным транспортом, где установлен окончательный диагноз: Острый инфекционный миокардит, инфекционно-токсическая фаза, ХСН I ст. I ф.к. Внебольничная очаговая вирусно-бактериальная полисегментарная пневмония, тяжелого течения, дыхательная недостаточность 0-1 ст. На основании данных проведенного обследования (отрицательные результаты гемокультуры, уменьшение МР, отсутствие данных за ТЭЛА при контрастной МСКТ) диагноз инфекционного эндокардита был отвергнут. После реабилитации и отпуска по болезни пациент возвращен в строй.

Волга Н. Б., Лещенко А. А.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2-ая кафедра терапии усовершенствования врачей.

Гепаторенальный синдром представляет собой прогрессирующую функциональную почечную недостаточность, которая развивается на фоне тяжелого заболевания печени, протекающего с синдромом портальной гипертензии. Данная патология является актуальной, потому что жизненный прогноз при данном осложнении крайне неблагоприятный. Средний период выживания при гепаторенальном синдроме I типа составляет 10-14 дней, а при II типе составляет 15-30 дней, вне зависимости от класса заболевания по Чайлд-Пью. 90% больных умирают в течение 8 недель с момента верификации диагноза.

Целью исследования было проведение статистического анализа больных с циррозом печени по этиологическим, гендерным, возрастным критериям, изучить встречаемость гепаторенального синдрома у больных с циррозом печени с учетом критерия разделения больных на классы (пол, возраст, этиология, класс Чайлд-Пью), оценить достоверность постановки гепаторенального синдрома как осложнения цирроза печени. Обследование и лечение больных циррозом печени с гепаторенальным синдромом проводилось в второй клинике терапии усовершенствования врачей ВМедА им. С.М.Кирова. Представлены результаты наблюдения 207 больных с циррозом печени, находившихся в стационаре с 2013 по 2015 года. Наблюдалось 122 мужчин и 85 женщин в возрасте от 30 до 80 лет. Средняя продолжительность патологии печени составила 6,4 ± 2,3 лет. Результаты исследования:наибольшее количество больных – 142 человека или 68,6%, составляли пациенты от 41 до 60 лет, то есть лица наиболее трудоспособного возраста и лица, являющиеся пенсионерами МО. Основным этиологическим фактором развития цирроза печени в исследуемой группе явился токсический – 110 человек или 53,1% от числа всех обследуемых пациентов; на втором месте вирусные гепатиты – 53 человека или 25,6%; на третьем - первичный билиарный цирроз – 29 человек или 14,1% и значительно реже

наблюдались больные с застойным циррозом печени 15 человек или 7,2%. Наиболее часто встречается класс В по Чайлд-Пью -144 человека или 69,6%, на втором месте класс А по Чайлд-Пью – 48 человек или 23,2%, наименее встречаемый класс С по Чайлд-Пью – 15 человек или 7,2%. Это объясняется низкой средней выживаемостью таких больных. При классе С по Чайлд-Пью годичная выживаемость составляет 45%, классе В 81%, а при классе А 100%. Следовательно, основные классы тяжести, с которыми придется работать это класс А и В по Чайлд-Пью. Из 207 пациентов у 16 (7,7%) развился гепаторенальный синдром с классом С по Чайлд-Пью, у мужчин он развивался в 10,7% случаев, а у женщин в 3,5% случаев.

Выводы:Гепаторенальный синдром развился всего у 7,7% всех обследованных больных, в 5 раз чаще у мужчин, преобладал II тип, преимущественнов возрасте от 51 до 60 лет, у больных с алкогольным циррозом печени, на фоне хронической алкогольной интоксикации, с классом С по Чайлд-Пью (в зависимости от степени тяжести). По результатам анализа данных историй болезней установлено, что имеет место как гипердиагностика данного заболевания, так и недооценка такого грозного осложнения.

Воронин С.В.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ С ТОКСИЧНЫМИ ХИМИКАТАМИ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К ХИМИЧЕСКОМУ ОРУЖИЮ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

В исследовании изучена медицинская документация военнослужащих, проходящих службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, освидетельствованных военно-врачебной комиссией Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова в 2013 – 2015 годах.

За указанный период медицинское освидетельствование проведено 276 военнослужащим.

Средний возраст освидетельствуемых составил 34,9±6,11 года.

Частота встречаемости заболеваний терапевтического профиля распределилась следующим образом: 1)болезни системы кровообращения – 59,3%; 2) болезни органов пищеварения – 57,5%; 3) болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 40,4%; 4) болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 5,1%; 5) болезни органов дыхания – 5,1 %.

Среди болезней системы кровообращения преобладала гипертоническая болезнь – 33,8%, данное заболевание являлось причиной признания негодными к службе с токсичными химикатами 2,2% освидетельствованных (8,4% всех причин признания военнослужащих не годными к службе с токсичными химикатами).

Среди болезней органов пищеварения чаще всего диагностировались жировой гепатоз – 28,4%, хронический гастродуоденит – 25,1%, язвенная болезнь – 12,4%. При этом болезни органов пищеварения являлись причиной признания не годными к службе с токсичными химикатами 0,36% освидетельствованных (1,4% всех причин признания военнослужащих не годными к службе с токсичными химикатами).

Среди заболеваний эндокринной системы лидировало алиментарное ожирение – 32,4%, которое являлось причиной признания не годными к службе с токсичными химикатами 3,3% освидетельствованных (12,6% всех причин признания военнослужащих не годными к службе с токсичными химикатами).

Среди болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, были диагностированы идиопатическая тромбоцитопения,

аутоиммунная тромбоцитопения, стойкие изменения состава периферической крови в виде снижения уровня тромбоцитов менее 180х10^9/л. Причиной признания не годными к службе с токсичными химикатами данные болезни являлись у 5,1% освидетельствованных, причем у 1,5% из них – причиной временной негодности к службе с токсичными химикатами. В целом болезни крови составляли 12,4% причин признания военнослужащих не годными к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию.

Среди болезней органов дыхания выявлялись бронхиальная астма (1,5%) и хронический бронхит (3,6%). При этом причиной признания не годными к службе с токсичными химикатами болезни органов дыхания являлись у 1,8% освидетельствованных (6,8% причин признания военнослужащих не годными к службе с токсичными химикатами).

Таким образом, несмотря на большую распространенность болезней системы кровообращения и болезней органов пищеварения, они не являются наиболее частыми причинами признания военнослужащих, проходящих службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, не годными к службе с токсичными химикатами. Из терапевтических заболеваний лидирующие позиции в данном отношении принадлежат алиментарному ожирению и болезням крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям, вовлекающим иммунный механизм.

Воронин С.В., Шевченко Н.В.

РЕЙТИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ НЕГОДНОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ К СЛУЖБЕ С ТОКСИЧНЫМИ ХИМИКАТАМИ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К ХИМИЧЕСКОМУ ОРУЖИЮ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

В нашем исследовании изучена медицинская документация военнослужащих, проходящих службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, и освидетельствованных военно-врачебной комиссией Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова в 2013 – 2015 годах с целью определения их годности к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию.

За указанный период медицинское освидетельствование проведено 276 военнослужащим.

Из 276 освидетельствованных офицеры и прапорщики (далее ОиП) составили 192 человека (69,5%), солдаты, сержанты, старшины, проходящие службу по контракту (далее СКС), – 84 человека (30,5%).

Средний возраст освидетельствуемых составил 34,9±6,11 года.

По результатам медицинского освидетельствования 204 военнослужащих (73,9%) были признаны годными к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, 72 военнослужащих (26,3%) – не годными.

Из числа освидетельствованных ОиП годными к службе с токсичными химикатами были признаны 141 человек (73,2%), не годными – 51 человек (26,8%).

Из числа освидетельстованных СКС годными к службе с токсичными химикатами были признаны 63 человека (75%), не годными – 21 человек (25%).

Из признанных не годными к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, ОиП составили 70,8%, СКС – 29,2%.

Таким образом, примерно каждый четвертый военнослужащий, проходящий службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, признавался не годным к службе с ними. ОиП признавались не годными несколько чаще, чем СКС.

Заболевания, обусловившие негодность к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, распределились следующим образом:

1) 20,5% – болезни нервной системы; 2) 16,3% – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; 3) 13,9% – болезни крови, кроветворных

органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; 4) 12,4% – болезни системы кровообращения; 5) 10,9 % – новообразования; 6) 6,8% – болезни органов дыхания; 7) 6,6% – болезни глаза и его вспомогательных органов; 8) 4,2% – болезни костно-мышечной системы, соединительной ткани, системные васкулиты; 9) 2,8% – болезни мочеполовой системы; 10) 1,4% – болезни органов пищеварения; 11) 1,4% – болезни кожи и подкожной клетчатки; 12) 1,4% – болезни уха и сосцевидного отростка; 13) 1,4% – нарушения речи.

Анализ медицинской документации военнослужащих, проходящих службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, и проходивших медицинское освидетельствование в Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, показал, что наиболее частыми причинами признания их не годными к службе по указанной военно-учетной специальности являются заболевания нервной системы, болезни эндокринной системы, болезни крови и кроветворных органов. При заболеваниях нервной системы негодность у освидетельствованных обусловливали заболевания, предусмотренные статьями 23, 24 расписания болезней (начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, эссенциальный тремор); при заболеваниях системы крови – статьей 11 расписания болезней, а также стойкие изменения состава периферической крови в виде снижения уровня тромбоцитов менее $180x10^9$/л. Среди заболеваний эндокринной системы – алиментарное ожирение второй степени и сахарный диабет средней степени тяжести.

ВоронцоваД.А.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ЛОКТЕВОГО СУСТАВА: ВЫБОР МЕТОДОВ ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Введение. Травматические повреждения локтевого сустава занимают первое место по частоте осложнений среди прочих суставов. В диагностике используют все лучевые методы исследования, однако роль каждого из них при различных обстоятельствах травмы до конца не определена. Это объясняется сложностью строения локтевого сустава, неспецифичностью клинических признаков при многих повреждениях, недостаточной изученностью прямых и косвенных лучевых признаков патологических изменений структур сустава.

Цель. Изучение возможностей различных методов и методик лучевого исследования локтевого сустава для научного обоснования оптимальной тактики обследования пациентов и повышения качества диагностики повреждений структур сустава.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических данных и результатов лучевых исследований (рентгенографии, компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики, магнитно-резонансной томографии)122 пациентов (из них 22 подростка) с различными острыми и перегрузочными повреждениями локтевого сустава.

Результаты. Процент диагностических ошибок, совершенных из-за неправильной оценки прямых и косвенных признаков повреждений, нецелесообразного выбора тактики проведения лучевого обследования, достигал 14%. Установлена избыточность использования методов и методик при лучевом обследовании части пациентов (31 человек, 25,4 %), что существенно затягивало диагностический период.

Выводы. Выбор методов лучевого обследования обусловлен характером повреждения (острая травмаили хроническая перегрузка, высокоэнергетическая травма), его локализацией, клиническими симптомами.Рентгенография применяется в качестве первичного метод диагностики, при необходимости с применением дополнительных проекций. Ультразвуковая диагностикаиспользуется при повреждениях поверхностных

мягкотканных структур сустава. При оскольчатых переломах костей (для уточнения локализации и количества отломков) целесообразно проведение компьютерной томографии. При неспецифических клиническихсимптомах иотсутствии видимых лучевых признаков повреждений структур сустава (при других методах исследования) применяется магнитно-резонансная томография.

Воробьев Б.Ю., Здорик В.А., Алехина В.Ю.

ИЗУЧЕНИЕ РАБОТЫ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ НЕШТАТНОЙ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

С целью улучшения качества работы военно-врачебной экспертизы в Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова в новой организационно-штатной структуре академии в КДЦ создана постоянно действующая нештатная военно-врачебная комиссия. Нами изучены вопросы экспертной работы ВВК КДЦ по обследованию военнослужащих и членов их семей.Весь объем работы по организации военно-врачебной экспертизе военнослужащих и членов их семей проводиться силами врачебного состава нештатных сотрудников ВВК КДЦ ВМедА.

Освидетельствуемые из числа прикрепленного контингента направляются в КДЦ по направлению Главного специалиста по экспертизе академии только для амбулаторного обследования, на основании результатов которого они освидетельствуются нештатной ВВК (№ 4) КДЦ ВМедА.

Освидетельствование проводилось в целях определения:

- категории годности к военной службе;
- годности к военной службе в ВДВ, годности к военной службе в плавсоставе, морской пехоте, спецсооружениях, к обучению (военной службе) по отдельной военно-учетной специальности, военной службе (обучению) в соответствующей воинской части (подразделении);
- годности к поступлению (обучению) в военно-учебные заведения;
- годности к службе (проживанию) в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом, в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях;
- тяжести увечья (ранения, травмы, контузии);
- годности к службе (работе) с ИИИ, РВ, КРТ, источниками ЭМП;
- годности к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию;
- причинной связи полученных заболеваний, увечий;
- необходимости предоставления диетического и (или) дополнительного питания;
- необходимости лечения военнослужащих в стационарных условиях;

Результаты исследования: за отчетный период (2015 г.) в целях медицинского освидетельствования было проведено обследование -1009 чел. (2014 г. – 1007 чел.). Структура освидетельствованных пациентов по контингентам: военнослужащие по призыву 543 чел.; солдаты, сержанты по контракту – 90 чел.; офицеры – 279 чел., военнослужащие женского пола – 79 чел., члены семей офицеров, офицеры запаса – 6 чел., гражданский персонал МО РФ – 12 чел.

Структура проведенных обследований с подготовкой документов освидетельствования:-определение годности к военной службе 719 чел. (2014 г. – 982); - определение годности к поступлению в ВУЗ 42 чел (2014 г. – 41.); - определение годности к службе (работе) с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП34 чел (2014 г. –17.); - определение годности к службе (проживанию) в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом80 чел.(2014 г. – 9); - прочие освидетельствования76 чел. (2014 г. – 29); -

освидетельствовано с целью определения степени тяжести травмы 21 чел. (2014 г. – нет); - составлено свидетельств о болезни 8. (2014 г. – нет).

Вывод: медицинское обследование военнослужащих и членов их семей организовано в соответствии с требованиями «Положения о Военно-врачебной экспертизе», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 04 июля 2013 г. № 565, приказа Министра обороны РФ от 20.10.2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения Военно-врачебной экспертизы» (вместе с «Требованиями к состоянию здоровья отдельных категорий граждан»).

Воробьев С.В., Наумов К.М., Юрин А.А., Степанов А.Ю.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Запоследнее времянаблюдается неуклонный рост количества случаев черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в мире. Необходимо отметить, что у значительного количества лиц, перенесших ЧМТ, в последующем сохраняется неврологическая симптоматика, а в ряде случаев наблюдается формирование новых симптомокомплексов. Среди последствий перенесенной ЧМТ особую роль играет возникновение у пострадавших когнитивных нарушений. Именно от сочетания имеющихся неврологических и когнитивных расстройств, степени их выраженности во многом зависит качество жизни больных и эффективность социальной и бытовой адаптации.

Целью нашего исследования являлось изучениеособенностей неврологического статуса у больных, перенесших ЧМТ, имеющих посттравматические когнитивные нарушения. В исследование было отобрано 427 больных с последствиями перенесенной ЧМТ различной степени тяжести.

При обследовании больные предъявляли разнообразные жалобы. При этом частота их предъявления была выше у пациентов с более тяжелой ЧМТ в анамнезе. Наиболее часто больные сообщали об ухудшении памяти, концентрации внимания, снижении умственной работоспособности, проявляющейся замедлением мышления, ухудшением переключаемости, снижением способности к обобщению и абстрагированию. Часто отмечались головная боль повышенная утомляемость и эмоциональная лабильность. Кроме того, пациенты с ушибом средней и тяжелой степени тяжести в анамнезе сообщали о нарушении ориентировки (8,3% и 23,8% больных соответственно) и трудностях в реализации социальных и бытовых навыков (8,3% и 22,2% больных).

При проведении неврологического обследования в большинстве случаев наблюдались комбинации рассеянных органических симптомов. Однако в ряде случаев у больных, перенесших ушиб головного мозга, выявлены синдромы очагового поражения. Наиболее характерны они были для пациентов, перенесших ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести. При этом в пирамидной симптоматике превалировало наличие патологических кистевых и стопных рефлексов (у 84,1% и 63,5% больных), а также повышение глубоких рефлексов – в 44,4% случаев. Поражение черепных нервов чаще всего было представлено снижением фотореакций и ослаблением реакций зрачков на конвергенцию и аккомодацию. Также часто в клинической картине встречались симптомы, свидетельствующие о нарушении функции мозжечка. При этом в группе с последствиями перенесенного тяжелого ушиба головного мозга они выявлены у 92,1% больных. В остальных группах этот показатель был ниже. Симптомы поражения экстрапирамидной нервной системы встречались достаточно редко и выявлены только у пациентов с ушибом средней и тяжелой степеней тяжести в анамнезе. Так у больных, перенесших ушиб головного мозга средней

степени тяжести, экстрапирамидные нарушения выявлены у 2,1% больных, а у перенесших ушиб тяжелой степени – у 4,8% больных. Весьма интересным было выявление лобных симптомов (в виде хватательного рефлекса, феномена противодержания, а также диспраксии ходьбы). Установлена достаточная частота их выявления у больных, перенесших ушиб тяжелой степени тяжести – 23,8% случаев.

Таким образом, для пациентов перенесших ЧМТ, характерно наличие большого количества жалоб как «когнитивного», так и общего характера. При неврологическом осмотре наиболее часто определялись признаки нарушения функции мозжечка и пирамидной системы. Значимость этих расстройств прогрессивно увеличивается у больных, перенесших более тяжелую ЧМТ.

Воскобойник В.В., Курасов Е. С., Упорова А. С.

К ВОПРОСУ ТРАНЗИТОРНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра психиатрии болезней

Как известно, расстройства личности имеют широкую распространенность среди населения, в том числе и у лиц призывного возраста(по разным данным, от 0,4 до 15,0 %). Общеизвестным является факт того, что во многих случаях подростки в продолжительной стрессовой ситуации изменяют свой характерологический паттерн в сторону дисгармонии, обнаруживают свойства, напоминающие психопатические, не страдая при этом расстройством личности. Также установлено, что у лиц молодого возраста могут возникать выраженные психопатические расстройства, которые развиваются на фоне парциальной дисгармонии характера при отсутствии сформировавшейся аномальной структуры личности.

По мнению В.В.Нечипоренко (2009), к причинам возникновения подобных расстройств в период военной службы относятся: изменение ритма жизни, повышенная физическая активность, не характерная для многих молодых людей, разлука с домом и семьей, уставной распорядок жизни, быта и отдыха, регламентированный режим поведения, необходимость подчинения, невозможность уединения, повышенная ответственность при выполнении служебных обязанностей, определенные бытовые неудобства, непривычные климато-географические условия, профессиональные вредности, участие в боевых действиях и военных операциях, сопряженных с опасностью для жизни и здоровья.

Установлено, что в условиях военной службы отмечаются расстройства личности, формирование которых в трети случаев является незавершенным. Для таких нарушений характерны более позднее начало проявления патологических черт характера, выявляемость в определенных «специфических» условиях, непостоянство и широкий спектр клинических проявлений, возможность их обратимости и социальной адаптации при смене условий на благоприятные. Вместе с этим выявляется связь с ситуационными психотравмирующими факторами, кратковременность и полиморфность симптоматики, преобладание эмоциональных расстройств (в виде вспыльчивости, раздражительности, тревожности, дисфорических реакций), а так же девиантным демонстративным поведением. Несмотря на тяжесть и продолжительность нарушений, они часто являются транзиторными, что зачастую находит подтверждение на практике.

В условиях острого мужского отделения клиники психиатрии ВМедА в 2014-2015 гг. было освидетельствовано 32 военнослужащих с установленным диагнозом «транзиторное расстройство личности». Было установлено, что состояние этих лиц значительно улучшалось в связи со сменой условий на более благоприятные (93,8 %), а проявления личностной дисгармонии значительно регрессировали на фоне проводимого лечения (90,6 %). Так же нашло подтверждение того, что мягкая медикаментозная терапия у таких лиц способствует

более эффективному психотерапевтическом лечению (87,5 %). В целом, это способствовало повышению коммуникативных способностей в межличностных отношениях и дальнейшей социальной адаптации данной группы пациентов.

Гаврилов Г.В., Исагулян Э.Д.*, Кулешов А.А.**, Свистов Д.В., Черебилло В.Ю., Кивелев Ю.В.,Коваленко Р.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ И СПАСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ.

*СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, г. Санкт-Петербург; *НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, г.Москва; **Городская больница №40 Курортного района, г.Санкт-Петербург.*

Цель. Представить результаты лечения пациентов в области функциональной нейрохирургии во II нейрохирургическом отделении ФБГУ «СЗФМИЦим. В.А.Алмазова».

Материал. В 2015 году впервые в центре им. В.А. Алмазова выполнены операции в области функциональной нейрохирургии. Лечение оказано в рамках федеральных квот. Распределение квот было следующим: 12 квот – нейростимуляция при болевых синдромах и 3 квоты – установка баклофеновых помп при спастических синдромах. В общем счете за 2015 год выполнена 31 операция 17 пациентам. Имплантация баклофеновой помпы для интратекальной инфузии лиорезала после проведения теста выполнена трем пациентам (две женщины 46 и 42 лет, соответственно, и один мужчина 23 лет). Метод хронической нейростимуляции применена у 14 больных (6 мужчин и 8 женщин) с тяжелыми нейропатическими болевыми синдромами, в возрасте от 39 до 72 лет (средний возраст составил 58,4 лет). Медиана болевого анамнеза составила 3 года 5 месяцев. По нозологиям больные распределились следующим образом: FBSS – 5 больных; невропатия затылочных нервов – у 4-х больных, из них у трех - постгерпетического генеза; невропатия седалищного нерва у двух больных; 1 пациент с невропатией подвздошно-пахового нерва; тазовый болевой синдром – 1 больной; невропатия II и III ветвей тройничного нерва – 1 пациент.

Оценку характера болевого синдрома производили с использованием международных шкал: DN4, LANSS, PAIN DETECT – у всех пациентов подтвержден нейропатический характер боли. Тяжесть болевого синдрома оценивали по анкете комплексной оценки боли и качества жизни: (PQLC - PainandQualityofLifeCard), основу которой составляли визуально-аналоговая (ВАШ) и числовая ранговая шкалы для оценки интенсивности болевого синдрома и влияния его на различные параметры качества жизни.

Оценку тяжести болевого синдрома производили при поступлении больного в стационар, во время тестового периода, в раннем послеоперационном периоде и в катамнезе.

По результатам тестового периода из 14 больных 12 больным имплантировали нейростимуляторы для хронической ЭС. Длительность катамнестического наблюдения составила до 3-х месяцев.

Результаты. В раннем и в ближайшем послеоперационном периоде были получены следующие результаты. В группе с баклофеновыми помпами регресс спастического синдрома наблюдался во всех случаях. В группе с болевыми синдромами у трех пациентов (25%) боль полностью купировалась на фоне хронической ЭС; у 7(58,4%) больных регресс боли колебался между 50 и 75% по сравнению с исходным уровнем, что расценивалось как хороший результат и у двух (16,6%) – тяжесть болевого синдрома регрессировала меньше, чем на половину; они вошли в группу удовлетворительных результатов. В катамнезе (до 3 месяцев) у двух(16,6%) из трех пациентов болевой синдром по-прежнему контролировался полностью с помощью ЭС; 8(66,7%) пациентов продолжали контролировать свою боль в диапазоне 50-75% регресса ее от исходного уровня, т.е. испытывали хороший и стойкий результат лечения с помощью ЭС; в группе с удовлетворительными результатами находились также 2(16,7) пациента. На фоне хронической нейростимуляции все 12 больных значительно снизили дозы анальгетиков (в среднем на 55%) а в трех случаях полностью

отказались от них. Отмечалось увеличениеповседневной активности (в среднем на 70%). В целом, неудовлетворенных пациентов не было.

Гаврилов Г.В., Черебилло В.Ю., Легздайн М.А., Свистов Д.В.,

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нейрохирургии, г.Санкт-Петербург.

Одними из клинических проявлений идиопатической нормотензивной гидроцефалии (иНТГ) являются когнитивные нарушения. Однако субъективное представление о наличии у больных этих расстройств не позволяет оценить степень их выраженности в полной мере. К тому же, при определении показаний к операции (проведении диагностических tap-test'а, продленного наружного люмбального дренирования) нейрохирурги часто ориентируются только на регресс нарушения походки, чего порой недостаточно, тем более, в случаях, когда имеются выраженные двигательные нарушения, вплоть до полной инвалидизации. Отсутствие четко разработанных рекомендаций в отношении показаний к лечению пациентов с нормотензивной гидроцефалией, разночтения в оценке эффективности различных методик побудило нас провести настоящее исследование.

Цель исследования: на основе комплексного нейропсихологического обследования уточнить критерии показаний к оперативному лечению, а также оценить результаты хирургического лечения пациентов с иНТГ.

Материалы и методы. Исследования базировались на результатах комплексного обследования и хирургического лечения 214 пациентов, находившихся на лечении в клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии по поводу иНТГ в период с 2006 по 2016 годы.

Общее состояние психоэмоционального статуса и когнитивные функции оценивали по краткой шкале оценки психического статуса (Mini-MentalStateExamination - MMSE); методике «Батарея исследования лобной дисфункции (FRONTAL ASSESSMENT BATTERY - FAB)»; шкале общего ухудшения (Global Deterioration Rating - GDR); комплексной шкале оценки деменции Маттиса; оценке вербальной (слухо-речевой) памяти по методике А.Р.Лурия. С помощью шкал Гамильтона и Бека оценивали степень эмоциональных расстройств. Оценка данных по всем шкалам проводилась до операции и минимум трижды в послепоперационном периоде (при выписке, через 3, 6 месяцев и через год).

Результаты. В целом, по всем проводимым тестам выявлено, что чаще всего у пациентов наблюдались нарушения памяти и внимания, несколько реже встречалось ухудшение восприятия, мышления, концептуализации, праксиса. Корреляционная связь между результатами нейропсихологического обследования и выраженностью вентрикуломегалии отсутствовала ($p>0,05$).

При анализе результатов хирургического лечения установлено, что по шкалам MMSE, FAB, GDR, методике оценки вербальной памяти А.Р.Лурия наблюдался достоверно значимый регресс когнитивных расстройств в послеоперационном периоде ($p<0,05$). Также по результатам шкалы Бека отмечен достоверно значимый регресс депрессивного состояния на всем периоде наблюдения после операции ($p<0,05$). По шкале Гамильтона при отсутствии значимого различия наблюдалась тенденция к выраженному снижению проявлений депрессии.

Вывод. Применение методов нейропсихологического тестирования позволяет оценить степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов с иНТГв предоперационном периоде и оценить динамику регресса данных нарушений после операции.

Гаврилюк Т.В., Турицин В.С., Сигидаев А.С., Гудков Р.В., Ласкин А.В.,
Спесивец Л.В..

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗНООБРАЗИЯ БЛАСТОЦИСТ ОБИТАЮЩИХ В КИШЕЧНИКЕ ЧЕЛОВЕКА И МЛЕКОПИТАЮЩИХ.

Санкт-Петербург, Клиника инфекционных болезней с курсом медицинской паразитологии и тропических болезней.

В настоящее время одним из наиболее часто встречающихся простейших кишечника человека является *Blastocyctissp*, которые также обнаруживаются у млекопитающих, птиц, рыб и насекомых. По мнению некоторых авторов, зоонозные штаммы *Blastocyctissp*. иногда вызывают бластоцистную инвазию у человека. Косвенным подтверждением этого факта могли бы служить результаты сравнительного анализа морфологии антропонозных и зоонозных штаммов возбудителя. Однако, данные о морфологическом разнообразии бластоцист, выделенных от животных, носят фрагментарный характер, что не позволяет провести их сравнительную оценку с бластоцистами, паразитирующими у человека.

Целью нашей работы было изучение морфологии *Blastocyctissp.,* полученных от пациентов клиники инфекционных болезней и из кишечника серых крыс до и после их культивирования на питательных средах. Материалом для исследования являлось содержимое просвета слепой кишки серой крысы (*Ratusnorvegicus*), и биоматериал (кал) человека в которых определялись *Blastocyctissp*. Для культивирования бластоцист была использована двухфазная аксеничная питательная среда, состоящая из твердой и жидкой части, с добавлением антибиотиков и противогрибковых средств. При наличии инвазии *Blastocyctissp.*из кишки крысы и испражнений человека отбирали приблизительно 1 мл содержимого и суспензировали в 6 мл жидкой части среды, далее в пробироку со средой вносили по 1 мл фильтрата. Пробирки помещали в термостат и культивировали при t+37°C в течение 96 часов. Контроль роста проводили через 24, 48, 72 и 96 часов. Для исследования морфологии на стекло наносили каплю придонного осадка из пробирки, накрывали покровным стеклом и микроскопировали. Определение морфологических форм проводили в соответствии со сводной таблицей согласно методике Т.В. Продеус.

При микроскопии испражнений серой крысы, а также содержимого ее слепой кишки определялись только вакуолярные формы бластоцист. При исследовании культуры на вторые сутки наблюдались только вакуолярные формы приблизительно одинакового размера - 8-12 мкм, содержащие 2-3 ядра. На третьи сутки размер бластоцист колебался от 8 до 60 мкм, причем обнаруживалось большое количество делящихся клеток. Отмечалось наличие также округлых или овальных гранулярных форм, которые характеризовались наличием большого числа гранул в цитоплазме и, в некоторых случаях, внутри вакуоли. Размер гранулярных форм составил 20-70 мкм. Наибольшее разнообразие форм наблюдалось на четвертые сутки культивирования. Наряду с вакуолярными и гранулярными присутствовали амебовидные и авакуолярные формы. В некоторых случаях встречались рацемозные формы, называемые рядом авторов «головой горгоны». Цистные и мультивакуолярные формы нами не обнаруживались ни в содержимом кишечника грызуна, ни при культивировании.

При микроскопии испражнений человека определялись единичные в поле зрения клетки вакуолярных форм бластоцист. При исследовании культуры на вторые и третьи сутки наблюдались значительное увеличение количества вакуолярных форм до 20-30 клеток в поле зрения. Мембрана клеток была истонченной, их диаметр составлял 8-12 мкм. На четвертые сутки количество бластоцист увеличилось до 30-40 клеток в поле зрения, морфология не изменилась. Гранулярные, амебовидные, цистные и мультивакуолярные формы нами не обнаруживались ни в испражнениях человека, ни в материале, полученном при культивировании.

Таким образом,при культивировании на питательной среде *Blastocyctissp*. из содержимого кишечника крысы характеризуется морфологическим полиморфизмом (округлые, гранулярные, амебовидные, авакуолярные и рацемозные), которые не встречаются в испражнениях человека.

Гайдук В.А., Халимов Ю.Ш., Бабак А.В., Цепкова Г.А., Жекалов А.Н,

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ТОКСИКОГЕННОЙ ФАЗЫ ОБТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

г. Санкт-Петербург, кафедра военно-полевой терапии. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Фосфорорганические вещества (ФОВ) являются органическими соединениями производными кислот фосфора. Они относятся к ксенобиотикам с нейротропным действием. Фосфорорганические соединения (ФОС) имеют широкое применение в сельском хозяйстве в качестве инсектицидов, гербицидов и т.д. Острые отравления возможны при употреблении плохо отмытых овощей и фруктов, диверсионных акциях (Токийское метро, 1995г., Сирия, 2013г.), разрушениях объектов химической промышленности, случайных бытовых отравлениях, нельзя исключить поражений в ходе уничтожения ФОВ на химических объектах и др.Необходимо отметить, что у отравленных ФОС среди наиболее опасных синдромов считаются нарушения функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем (ССС), которые в ранние сроки интоксикации во многом определяют ее исход.Механизм токсического действия ФОС на дыхательную и СС системы отличается сложностью и фазностью проявлений центрального и периферического генеза. Так, мускариноподобное действие яда характеризуется брадипноей, бронхоспазмом, брадикардией и артериальной гипотонией, никотиноподобное проявляется адренергическими эффектами - тахикардией и артериальной гипертензией, бронходилятацией, тахипноей и т.д.Среди других звеньев патогенеза следует выделить прямое действие ФОС на проводящую систему сердца (аритмогенный эффект), геперадреналинемию, бронхорею, гипоксию, гипогистокалиемию и др.Нарушение ритма и проводимости приводит к синдрому острой сердечно-сосудистой недостаточности: артериальной гипотонии, замедлению скорости кровотока, гипоксии, декомпенсированному метаболическому ацидозу, что в конечном итоге ведет к развитию экзотоксического шока, летальность при котором достигает 60 - 70%.Наш опыт лечения бытовых отравлений ФОС (хлорофос, карбофос и др.) показывает, что важнейшим требованием при оказании помощи является ее экстренность, что обусловлено высокими темпами развития поражения и тяжестью состояния отравленного.Необходимо подчеркнуть, что на фоне комплексной терапии (антидотной, дезинтоксикационной, патогенетической и симптоматической) значительно снижалось число центральных параличей дыхания и ССС, купировался бронхоспазм, гипоксия, не выявлялось «классического» резкого снижения ударного объема, минутного объема кровообращения, сократительной способности миокарда, что повышало перспективы благоприятного исхода интоксикации в токсикогенную фазу.

Галака А.А.[1], Крупин А.В.[2], Шенец П.В.[1], Шперлинг М.И.[1]

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ У КРУПНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ЛАКК-М.

1. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ;
2. Санкт-Петербург, Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины МО РФ.

Кровотечения – это наиболее часто встречающееся последствие большинства ранений и травм, обусловленное повреждением кровеносных сосудов. Частота развития кровотечений при ранениях магистральных сосудов достигает 85%. Параметры микрогемодинамики и макрогемодинамики (артериальное давление, частота сердечных сокращений, объем циркулирующей крови) являются точками приложения усилий врача для стабилизации тканевой перфузии и профилактики развития шока. Наличие полной информации о состоянии микроциркуляторной гемодинамики позволит дополнить понимание состояния пострадавшего организма и определить дифференцированный подход к терапии конкретного случая.

Цель исследования – с помощью аппарата для оценки микроциркуляции ЛАКК-М выявить изменения показателей микроциркуляции у крупных лабораторных животных.

Материалы и методы исследования.

Исследования проведены на 10 овцах-самцах весом 23 – 32 кг. В качестве модели острой массивной кровопотери выбрана эксфузия венозной крови (мл) из катетеризированной яремной вены в количестве 2,8% от веса животного с помощью шприца 20 мл типа ЛУЭР. Расчетный объем кровопотери составил около 50% от объема циркулирующей крови.

Для регистрации изменения микроциркуляции применены методы неинвазивной диагностики состояния микроциркуляторного русла – лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ) и оптическая тканевая оксиметрия (ОТО), которые реализованы в аппарате «ЛАКК-М» (ООО НПП «Лазма», Россия). Световодный зонд анализатора «ЛАКК-М» устанавливали на слизистую оболочку защечного мешка животного перпендикулярно ее поверхности. Длительность одного исследования микроциркуляции составляла 5 минут. Анализированы следующие показатели: показатель микроциркуляции (М, СКО, Kv), сатурация смешанной крови (SO_2), относительный объем фракции эритроцитов в зондируемом участке (Vr), индекс перфузионной сатурации ткани (Sm), индекс удельного потребления кислорода (U). Для установления взаимосвязи между изменениями показателей системной гемодинамики и микроциркуляции до моделирования острой массивной кровопотери и через 1 час после ее начала проводили оценку артериального давления, частоты сердечных сокращений (с помощью многопараметрового ветеринарного монитора «PetMAP+») и сатурации артериальной крови (с помощью метода пульсоксиметрии, реализованного в приборе «ЛАКК-М»).

В результате исследования установлено, что эксфузия крови в количетсве 2,8% от веса животного через 1 час после ее начала приводит к четырехкратному снижению систолического АД и двукратному увеличению ЧСС, двукратному уменьшению значений показателей М, Kv, пятикратному уменьшению значения показателя СКО и полуторакратному уменьшению значения показателя Vr. При общем снижении сатурации артериальной крови в среднем на 21% происходит двукратное увеличение сатурации смешанной крови, четырехкратное увлечение значения индекса Sm, двукратное снижение индекса U.

На основании полученных результатов сформулированы следующие выводы:

1. Использование аппарата для оценки состояния микроциркуляции «ЛАКК-М» при острой массивной кровопотере (до 2,8% от веса животного) позволило оценить особенности изменения периферической микроциркуляции у экспериментальных животных до моделирования кровопотери и через 1 час после ее начала.

2. Данный прибор можно использовать для экспериментальной оценки эффективности средств для лечения массивных кровотечений и других критических состояний.

Глушков Н.И., Опенченко С.В., Аминов Д.Х., Лобанов М.Ю., Юхимик А.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНЫХ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт – Петербург ГБОУ ВПО СЗГМУ им И.И. Мечникова,СПб ГБУЗ Городская Больница №26, СПбГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн, г. Санкт – Петербург

Введение. Проблема лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста до настоящего времени окончательно не решена.Что нередко связано с несвоевременным хирургическим вмешательством. Согласно данным литературы оценка состояния кровотока гепатобилиарной зоны с помощью ультразвуковых методов исследования, является высокоинформативным, неинвазивным, безопасным и позволяют своевременно диагностировать острый холецистит.

Цель исследования: изучение особенностей доплерографических показателей кровотока гепатобиллиарной зоны в комплексной диагностике острого холециститау больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В период с октября 2012г. по январь 2015 г. на базе Городской Больницы №26 и Госпиталя для ветеранов войн г. Санкт – Петербурга проведен анализ результатов обследования и лечения 320 пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом. Средний возраст больных составил 75,4 ± 6,1. В контрольной группе у 120 больных проводилась оценка состояния желчного пузыря и внепеченочных желчных путей только в режиме серой шкале. Оперативные вмещательства выполнялись после неэффективной консервативной терапии. У 93 больных выполнена традиционная холецистэктомия, у 27 - холецистостомия. В основной группе(n-65), кроме исследования в режиме серой шкалы оценивались основные допплерографические особенности кровотока в регионарных сосудах. Обследование сосудов порто-печеночного бассейна проводилось базовыми датчиками 3,2 – 5 мГц в основных режимах сканирования. В спектральном режиме оценивали количественные и качественные допплеровские характеристики частотного сдвига: максимальную систолическую скорость (V_{max}), конечную диастолическую скорость (V_{min}), индекс резистентности, пульсационный индекс и т.д. Визуализировались основные сосудистые бассейны: чревный ствол, общая печеночная артерия, селезеночная артерия, собственная печеночная артерия , пузырная артерия , воротная вена.

Результаты. При исследовании регионарного кровотока установлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом, наблюдается повышение скоростных показателей (V_{max}) в чревном стволе с 85-95м\с до 120-130 м/с (на 12%), общей печеночной артерии с 55-65м\с до 80-90 м/с (на 14%). Индексы периферического сопротивления в этих сосудах достоверно не изменялись. В собственной печеночной артериотмечалось более значимое повышение скоростных показателей (V_{max}) с 40-50 м\с до 60-80 м\с. (на 19%). Оценить кровоток в пузырной артерии не удалось у большинства пациентов из-за ультразвуковых артефактов.

С учетом полученных доплерографических показателей, которые позволяли оценить степень воспалительного процесса желчных путей, несмотря на неотчетливую серо-шкальную ультразвуковую картину, у больных основной группы выбрана более активная хирургическая тактика. При этом из 65 больных у 54 выполнена эндовидеохирургическая холецистэктомия, у 11 больных-традиционная холецистэктомия. Число осложнений в

контрольной группе составило 22%, послеоперационная леталность-16% .Число осложнений в основном группе составило 1% , без летальных исходов.

Введение.Таким образом УЗДС регионарных сосудов у пациентов с острым калькулезным холециститом может быть вспомогательным методом диагностики при неотчетливой серо-шкальной ультразвуковой картине. Динамическое УЗИ с применением УЗДС регионарных сосудов при остром холецистите позволяет оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения.

Голубенко Р.А., Мирошниченко Ю.В.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ВОЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Функционирование системы лекарственного обеспечения ЛО в военном здравоохранении (ВЗ), как и любой другой системы, должно контролироваться с помощью обоснованных критериев – индикаторов (показателей) ее эффективности. Проведенные с помощью системного, логико–структурного и процессного подходов исследования процессов ЛО в ВЗ позволили определить индикаторы и распределить их в соответствии с процессным подходом и циклом управления на индикаторы эффективности ресурсов, процесса и результата.

Для контроля эффективности ресурсов системы ЛО проводится анализ следующих параметров:

организационная структура – оценивается наличие в военных округах учреждений медицинского снабжения (ЦОМТИ, ОМС и др.), достаточность их количества, удаленность прикрепленных на снабжение частей; наличие в соединениях, частях и ВМО фармацевтических подразделений (аптек, отделов и отделений медицинского снабжения); выполнение требований нормативных правовых документов по соблюдению фармацевтического порядка;

кадровое обеспечение – оценивается количественный и качественный состав фармацевтических работников (образование, категория, соблюдение сроков прохождения профессионального усовершенствования);

материальное обеспечение – оценивается состояние материально- технической базы (наличие специализированных приспособленных и оборудованных помещений), соответствие объема выделяемых на закупку лекарственных препаратов финансовых средств фактической потребности в ЛО;

методическое обеспечение – оценивается наличие и доступность методических материалов, периодических изданий, наличие информационных сетей, качество работы гарнизонных провизоров по вопросам организации ЛО.

Эффективность ЛО как процесса оценивается через такие параметры как потребность в лекарственной терапии и ее качество. Так потребность в лекарственных средствах (ЛС) должна формироваться с учетом структуры и динамики заболеваемости прикрепленных контингентов и обеспеченности ЛС войск (сил).

К индикаторам качества ЛО относятся показатели, характеризующие правовые аспекты деятельности (наличие лицензий на соответствующие виды деятельности, соответствие медицинских технологий стандартам медицинской помощи, использование формуляра ЛС, формулярных фармакотерапевтических и иных справочников) и медицинскую эффективность проводимых мероприятий, представленную критериями исходов лечения прикрепленных контингентов.

Оценка эффективности отпуска ЛС проводится по показателям, которые характеризуют: обеспеченность пациентов ЛС по рецептам (требованиям), предъявленным в аптеку при первичном обращении, количество рецептов (требований), находящихся в режиме ожидания, по которым отказано в обеспечении по отношению к среднемесячному количеству предъявленных рецептов и др.; ведение учета неправильно выписанных рецептов и отпущенных аналогов, вместо

выписанных в рецепте. Основными индикаторами результата являются отсутствие отказов в ЛО и выдерживание сроков рассмотрения жалоб в случае их наличия.

Предложенные индикаторы позволяют полноценно определить эффективность ЛО на всех этапах реализации. Оценку индикаторов следует проводить путем обследования на основании непосредственного контроля на месте и анализа отчетной документации, предоставляемой должностными лицами. На практике показатели достаточно легко применимы, результаты анализа с помощью них воспроизводимы.

Использование предложенной системы индикаторов позволит улучшить проведение мониторинга эффективности процессов ЛО, управление ресурсами системы, обеспечение доступности ЛС и повышение качества обслуживания пациентов.

Гончаренко А.Ю., Борисов Д.Н., Сыроежкин Ф.А.

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Термин «соматоморфные расстройства» охватывает спектр психических расстройств, при которых люди жалуются на соматические симптомы, но отрицают наличие психических нарушений. Необходимо отметить, что развитие соматоморфных расстройств не имеет общепризнанного объяснения. Следует подчеркнуть, что соматоморфные расстройства имеют низкий приоритет и практически игнорируются, как врачами общей практики и терапевтами, так и в работе психиатрической службы.

В МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) соматоформные расстройства объединены в одну большую группу с невротическими и связанными со стрессом дисфункциями, поскольку большая часть таких расстройств вызвана психологическими причинами. Клиническая картина невротических расстройств характеризуется астеническими проявлениями и снижением уровня работоспособности. Психогенным фактором является длительное перенапряжение эмоциональной и интеллектуальной сфер психики, внешние или внутренние конфликты.

Нами исследована группа военнослужащих (n=244) находившихся на лечении в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова в период 2012-2014 гг. с диагнозом соматоформное расстройство (F45) у Различий в категории военнослужащих (по призыву - 50,6 %, по контракту – 49,4%) выявлено не было. Особенности диагностики данной патологии проявились в распределении обследуемых по лечебному профилю клиник. Так, за рассматриваемый период психические расстройства в рамках соматоформного расстройства диагностировались в 88,2% случаев в клиниках академии терапевтического профиля, в 4,8% - в клинике нервных болезней, 2,1% - отделениях реанимации и интенсивной терапии. Вклад клиники психиатрии составил 4,9% за трехлетний период. Диагностика соматоформного расстройства основывалась на принципе «диагноза исключения», т.е. отсутствие подтвержденной медицинскими обследованиями физической основы болезни, при повторяющихся физических симптомах. В 2/3 случаев у пациентов с данной патологией выявлялись проявления депрессивных и тревожно-фобических нарушений.

Следует отметить, что в современных исследованиях подчёркивается тенденция к хронизации данной патологии. Кроме этого, наличие аффективной симптоматики пограничного уровня без адекватной терапии приводит с существенному снижению качества военно-профессиональной деятельности, увеличению ошибочных действий и аварийных ситуаций, а также досрочному увольнению с военной службы.

Так при анализе структуры увольняемости с военной службы в период 2003-2014 гг. в связи с психическими расстройствами нами определено, что соматоформные расстройства

стали причиной увольнения практически каждого десятого военнослужащего по контракту из рядового и сержантского состава (9,48%) и военнослужащих-женщин (8,22%). Офицеры увольнялись по данной патологии значительно реже (5,51%).

Для совершенствования дифференциальной диагностики и лечения соматоформых расстройств и других расстройств невротического спектра, также сопровождающиеся депрессивной и тревожно-фобической симптоматикой, предлагается использовать психиатрический диагностический скрининговый опросник – PDSQ.

Гончаренко А.Ю., Кузин А.А., Сиващенко П.П.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

К настоящему времени увеличение распространенности психической патологии невротического спектра привело к тому, что, по образному выражению М.М. Кабанова (1990), «малая психиатрия стала не большой, она стала огромной». Не менее острой данная проблема является и для вооруженных сил практически всех развитых стран. В литературе указывается, что в течение года после первой госпитализации по поводу невротических расстройств в армиях зарубежных государств увольняется до половины военнослужащих, что в несколько раз выше, чем при всех прочих заболеваниях. При этом у лиц, продолжающих военную службу, показатели военно-профессиональной деятельности резко снижаются (HogeC.W., TobоniH.E., MesserS.C. etal., 2005). Указанные тенденции характерны и для ВС РФ: невротические расстройства на протяжении многих лет являются ведущей причиной досрочного увольнения из армии, с ними связано значительное число суицидов, дисциплинарных проступков, аварийных ситуаций (Марченко А.А., Гончаренко А.Ю., Лобачев А.В. и др., 2015).В результате последовательных реформ в ВС РФ в настоящее время существенную долю в структуре личного состава армии и флота занимают военнослужащие, проходящие военную службу по контракту. При этом рассматриваемая категория военнослужащих является неоднородной по ряду признаков: например, возраст, образование, пол.

Нами была проанализирована заболеваемость психическими расстройствами (ф.3-мед) в период 2003 – 2014 гг. у различных категорий военнослужащих, проходящих военную службу по контракту (1 группа – солдаты (матросы), сержанты и старшины, 2 группа – офицеры, 3 группа – военнослужащие-женщины) Сравнительный анализ среднегодовых показателей рассматриваемой патологии показал их различия ($p<0,05$)~~у~~во всех исследуемых группах военнослужащих. Наиболее высокий уровень заболеваемости (10,38±0,7‰) был выявлен в третьей группе. При этом, расчет полиноминальной линии тренда прогнозирует ее дальнейшее увеличение с величиной аппроксимации $R^2 = 0,59$. В свою очередь,в первой и второй группах военнослужащих среднегодовые показатели заболеваемости за рассматриваемый период составили 5,49±0,28 и 8,44±0,91‰ соответственно.

При исследовании структуры психической патологии выявлено доминирование расстройств невротического спектра (F4) во всех сравниваемых группах. Так за 12-летний период в первой группе их среднегодовые показатели составили около половины всех психических расстройств (48,4%), во второй группе были несколько меньше 2/3 рассматриваемой патологии (58,3%), а наибольшая доля расстройств невротического спектра - 75,2% была выявлена в третьей группе. Следует отметить, что во всех исследуемых группах около половины (47, 46 и 47%) всех расстройств невротического спектра составляют соматоформные расстройства (F45).

Таким образом, заболеваемость психическими расстройствами различается у различных категорий военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, достигая

наибольших значений у военнослужащих-женщин. При этом, в структуре психических расстройств преобладают у всех категорий военнослужащих по контракту (до 75% у женщин) расстройства невротического спектра (F4).

Гончаренко А.Ю., Лемешкин Р.Н.,Ефремов А.А.

АНАЛИЗ УВОЛЬНЯЕМОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В настоящее время происходит научная дискуссия о адекватности использования понятия «нервно-психическая устойчивость» (НПУ) и её количественной оценке с точки зрения прогноза развития психических расстройств. В Вооружённых Силах РФ рядом руководящих документов постулируется использования методик для оценки НПУ, как в ходе мероприятий профессионального психологического отбора (ППО), так и при дальнейшем медико-психологическом сопровождении военнослужащих.

С целью оценки ценности результатов НПУ для прогноза психических расстройств нами был сопоставлен уровень нервно-психической устойчивости (по данным ППО) и увольняемость по различным категориям заболевания (по данным ВВЭ) у военнослужащих в период обучения и адаптации к военной службе (в течение 6 месяцев). Исследуемую группу составили мужчины (n=1469) средний возраст 19,4±1,1 лет. По данным 6-месячного катамнеза они были разделены на здоровых военнослужащих (контрольная группа n=1337) и лиц, уволенных в этом периоде из Вооруженных Сил по различным группам заболеваний: опытная группа №1 – психические расстройства (n=46), опытная группа №2 – терапевтическая патология (n=47), опытная группа №3 – прочие заболевания (n=39).

Анализируя частоту встречаемости военнослужащих с различным уровнем НПУ в исследуемых группах, нами выяснено, что лиц с первой группой НПУ (высокий уровень устойчивости) достоверно больше (χ^2=6,63; p=0,01) было в опытной группе №1 (15%) по сравнению с контрольной группой (6%), тогда как в опытных группах №2 и №3 военнослужащие, уволенные с первой группой НПУ встречались лишь в 2% случаев ($p \leq 0,05$). В свою очередь, обследуемые с четвертой группой НПУ (самый низкий уровень устойчивости) встречались в 6 раз чаще (χ^2=12,74; p=0,0004) в опытной группе №2, чем в контрольной (1%); та же тенденция ($\chi^{2=}$5,07; p=0,02) наблюдалась по сравнению с группами №1 и №3 (2% и 3% соответственно).

Следует отметить, что лица с 3 группой НПУ составляли более половины (59%) уволенных с психическими расстройствами (группа №1), что превышало распространенность таких военнослужащих (40%) в контрольной группе ($\chi^{2=}$6,66; p=0,01).

Исследуя взаимосвязь уровня НПУ военнослужащих с увольняемостью по всем классам заболеваний было выявлено, что наилучшие показатели устойчивости к заболеваниям и продолжению службы показали лица со второй группой НПУ, которые в 93% случаев продолжали военную службу. Военнослужащие с первой и третьей группами НПУ продолжали служить в 90% случаев. Тогда как лишь 70% обследуемых с четвертой группой НПУ не были уволены по болезни в течение первых 6-ти месяцев военной службы.

Таким образом, уровень НПУ целесообразно использоваться для прогноза устойчивости к заболеваниям в целом. При этом, в качестве прогностического критерия низкий уровень НПУ не специфичен для психических расстройств, а более тропен к терапевтической патологии. Следует отметить высокий процент военнослужащих с первой (наилучшей) группой НПУ среди лиц, уволенных связи с психическими расстройствами.

Горина Н.С., Железняк И.С., Меньков И.А.

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ВЕНОЗНОЙ АНАТОМИИ СЕРДЦА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, кафедра военно-морской хирургии

Исследований, посвященных оценке венозной системы сердца, в отечественной и зарубежной литературе значительно меньше, чем исследований посвященных оценке коронарных артерий. Важность оценки именно вен сердца обусловлена широким распространением в клинической практике электрофизиологических процедур. В частности, успешное проведение ресинхронизирующей терапии, во многом зависит от информации об анатомии и размере целевых вен сердца (задняя межжелудочковая вена, задняя вена левого желудочка и левая краевая вена). Компьютерная томография позволяет малоинвазивно визуализировать сосуды сердца, однако, ее возможности в оценке вен сердца изучены недостаточно.

Цель исследования. Определить возможности компьютерной томографии в визуализации вен сердца, оценке размеров и положения целевых вен сердца. Сравнить диаметр целевых вен сердца с диаметром левожелудочкового электрода, а также оценить углы впадения целевых вен в магистральную для определения способа доставки электрода на предоперационном этапе

Материалы и методы. Исследования выполняли на 64-срезовом компьютерном томографе Aquilion 64 (Toshiba, Япония). Было обследовано 80 пациентов: 55 мужчин и 25 женщин (средний возраст 62,4±7,1 лет). Неионное контрастное вещество с концентрацией йода 350-370 мг/мл вводили в 2 фазы: 1 фаза - 60 мл со скоростью 5мл/с, 2 фаза - 15 мл со скоростью 4 мл/с, после чего вводили 30 мл физиологического раствора со скоростью 5 мл/с.

Результаты. Коронарный синус, большая вена сердца, передняя межжелудочковая и задняя межжелудочковые вены визуализировались у всех обследованных, задняя вена левого желудочка визуализировалась у 62 пациентов (78%), левая краевая вена – 54 пациента (67,5 %). Диаметр устья коронарного синуса 10,3±1,9 мм, большой вены сердца 6,9±2,3 мм, передней межжелудочковой вены 6,1±1,3 мм, задней межжелудочковой вены 5,4±1,1 мм, задней вены левого желудочка 3,2±1,1 мм, левой краевой вены 2,4±1,2 мм. Расстояние от устья коронарного синуса до задней межжелудочковой вены 9,8±4,2 мм, задней вены левого желудочка 26,4±8,7 мм, левой краевой вены 54,6±14,2 мм. Угол между задней межжелудочковой веной и коронарным синусом составил 68°±15°, между задней веной левого желудочка и большой веной сердца – 94°±20°, между большой веной сердца и левой краевой веной – 121°±32°.

Выводы. КТ-коронарография позволяет визуализировать и оценить анатомическое строение как артерий, так и вен сердца, в том числе целевых вен, имеющих важное значение при планировании сердечной ресинхронизирующей терапии. Диаметр всех целевых вен сердца был меньше диаметра левожелудочкового электрода, а информация об угле впадения целевых вен в магистральную позволила определить тип доставки левожелудочкового электрода на этапе предоперационного планирования.

Гориславец В.А.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА ПОСЛЕДНИЕ 32 ГОДА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Около 48-56 % взрослого населения земного шара сталкивается с болями в спине, при этом в 70% случаев работоспособное население даёт трудопотери. Наиболее интенсивное

освоение мануальной терапии в СССР происходило в 1980-е гг. На кафедре нервных болезней ВМедА используется мануальная терапия с 1984 г. (Акимов Г.А., Одинак М.М., Шапкин В.И., Виденин В.С., Гориславец В.А., Лобзин С.В., Попов Е.А., Семин Г.Ф.).

В 1986 г. в Новокузнецке прошел I Всесоюзный съезд мануальных терапевтов.В 1987г. в Новокузнецке было организовано Всесоюзное научное общество мануальной медицины (в дальнейшем — Всесоюзная Ассоциация Мануальной Медицины). Его президентом был избран профессор Коган О.Г. 05.08.1988 г. Министр здравоохранения СССР Чазов Е.И. подписал приказ № 330, который разрешил применять мануальную терапию на территории бывшего СССР. В 1988 г.в Москве был образован Московский центр мануальной терапии, в дальнейшем преобразованный в Российский центр мануальной терапии (1991 г.).В 1989 г.состоялся первый Всесоюзный симпозиум по мануальной терапии (г. Москва).В 1990 г. организована "Всесоюзная Ассоциация мануальной медицины" (ВАММ), объединившая региональные сообщества мануальных терапевтов.В 1992 г. ВАММ переименовывается и называется "Всероссийская ассоциация мануальной медицины" и её президентом стал проф. Г.А. Иваничев.В 1993 г.ВАММбылапринятаколлективнымчленомМеждународнойФедерацииМануальнойМедицины(FIMM).

В1993г.былаорганизованаСанкт-Петербургскаяассоциациямануальныхтерапевтов(свидетельствоорегистрации№1723от26ноября1993г.вУправлениюстициимэрииСанкт-Петербурга).ПрезидентомАссоциациибылизбранпрофессорА.А.Скоромец,ученымсекретарем–доцент,внастоящеевремя– профессор Е.Р.Баранцевич.В1997г. мануальнаятерапиясталасамостоятельнойврачебнойспециальностью,включеннойвРеестрМинистерстваЗдравоохраненияРоссийскойФедерации(ПриказМЗРФот10.12.1997г.№365).

ВклиникенервныхболезнейСанкт-Петербургскоймедицинскойакадемиипоследипломногообразования подруководствомзаведующегокафедройпрофессораЛобзинаС.В. длялечениявертеброгенныхсиндромовширокоиспользуетсямедикаментознаятерапиясиспользованиемновейшихлекарств,иглорефлексотерапия, лечебные блокады,физиотерапевтическоелечение,массаж,лечебнаяфизкультура.Лекциипомануальнойтерапиичитаетглавныймануальныйтерапевтсеверо-Западногорегионапрофессор Н.М. Жулев.

Процедурымануальнойтерапиидлятся20-50мин.Результатзаметенужепослепервогосеанса.Длительностьмануальнойтерапииопределяетсяиндивидуально.Всреднемкурссоставляет3-7сеансов.Специалистырекомендуютповторятькурс2-3разавгод.Передначаломлечениянеобходимопроконсультироватьсяуврача,таккакмануальнаятерапияимеетпротивопоказания.

Заключение.НакафедренервныхболезнейВоенно-медицинскойакадемииподруководствомначальника–ГлавногоневрологаМинистерстваОбороныРоссийскойФедерациидокторамедицинскихнаукпрофессораполковникамедицинскойслужбыЛитвиненко И.В. продолжаетсяпервичнаяподготовкаиусовершенствованиеврачей-специалистовповопросамануальнойтерапии.Запоследние32годавыпущеноболее400профессионаловмануальных-терапевтов.ЛекциичитаютлучшиепрофессоракафедрыневрологииикликиквмедА.ОбучениемпрактическимнавыкамподисциплинезанимаютсядоценткафедрыГориславецВ.А. изаведующийкабинетоммануальнойтерапииклиники неврологии ТретьяковВ.К.

Гориславец В.А., Третьяков В.К.

РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М. КИРОВА.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Цель исследования. Показать роль и место в интегративной медицине метода мануальной терапии при диагностике, лечении и реабилитации больных, находившихся па стационарном обследовании и лечении в клинике нервных болезней Военно-медицинской академии в декабре 2014 - ноябре 2015 года.

Материалы и методы. В клинике нервных болезней Военно-медицинской академии кабинез мануальной терапии работает с 1997 года. Работа кабинета основана на положениях приказа М3 РФ №365 от 10.12.1997 г. «О введении специальности "мануальная терапия" в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей», приказа М3 РФ № 39 от 10.02.1998 г. «О мерах по улучшению организации помощи по мануальной терапии в Российской Федерации».

Всего прошло лечение 314 человек с вертеброгенной патологией нервной системы различной локализации. Повторно посещали кабинет мануальной терапии 277 человек. Всего проведено 1720 процедур мануальной терапии. Улучшение состояние наступило у 272 человек (у 5 человек - без существенной динамики). Патология шейного отдела позвоночника выявлена у 93 человек (3.3,5%). Патология грудного отдела позвоночника отмечена у 57 человек (20,5%). Патология поясничного отдела позвоночника имела место у 127 человек (46%).

Среднее количество процедур на 1 человека составила 5. Средний возраст исследуемых больных составил 54 года. Среди пациентов были 140 мужчин и 72 женщины. При сочетании спондилоартроза с остеохондрозом отмечались болевые, сосудистые и вегетативно-ирритативные синдромы, которые имитировали поражение внутренних органов. В отличие от остеохондроза боли локализовались не только в месте поражения, но и на отдалении, иррадиируя в различные части груди или живота. Воли усиливались при глубоком дыхании, кашле, чиханье. Характерна симпаталгия, проявляющаяся жгучими, ноющими или тупыми болями в межлопаточной области. Возникали боли в области сердца (псевдоангинозный синдром), по ходу межреберий. в поясничной области с иррадиацией в ногу. Для дифференциальной диатостики использовалась рентгенография, МРТ и КТ исследование, определялась величина лабораторных показателей крови, мочи и других сред.

Результаты и обсуждение. Сопутствующая патология внутренних органов выявлена у 185 пациентов. Улучшение функциональных показателей соматической сферы напрямую влияло на интенсивность болевого синдрома в позвоночнике, вплоть до полного его купирования. В ряде случаев, назначение спазмалигиков значительно быстрее приводило к выздоровлению (в 2 раза быстрее). У 42 пациентов выявлен лейкоцитоз (свыше 8 тыс.), увеличение СОЭ у 17 больных. Назначение антибактериальной и противовирусной терапии на 5-10 дней способствовало скорейшему выздоровлению.

Выводы. Мануальная терапия является важным методом интегративной медицины при лечении вертеброневрологических больных с сопутствующей соматической патологией. Знание основ мануальной терапии позволяет врачам смежных специальностей (терапевтам, педиатрам, ортопедам, нейрохирургам) с успехом проводить намеченный лечебный курс в более короткие сроки.

Горичный В.А.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ЗАНЯТЫХ НА РАБОТАХ С ХИМИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Проведено стационарное обследование и лечение военнослужащих, занятых на работах с химическим оружием (ХО), в 2010-2012 г. Весь обследованный контингент (199 чел.) был разделен на 2 группы работ. 1 группу составили лица, непосредственно контактирующие с ХО (n=115 чел.). 2 группу (контрольную) составили лица, не имеющие непосредственного контакта с ХО (n=84 чел.). Кроме того, по стажу работы сотрудники были разделены на 3 группы: до 5 лет (n=16), 5-10 лет (n=47) и более 10 лет (n=52).

Для оценки сердечно-сосудистой системы использовались нагрузочные пробы с помощью компьютерной стресс-системы для проведения проб с дозированной физической нагрузкой с телеметрическим регистратором ЭКГ 12 каналов X-Scribe, велоэргометрия (ВЭМ) с использованием аппарата для исследования ВЭМ ЭКГ 12-канальный ЭК12Т-01- «Р-Д». С целью количественной оценки размеров камер сердца, толщины стенок миокарда, общей и регионарной сократимости миокарда, определения временно-скоростных параметров и структурных изменений клапанного аппарата использовался метод эхокардиографии (Эхо-КГ).

При исследовании распределения военнослужащих 1-й и 2-й групп работ с ХО в зависимости от результата по наличию изменений сегмента ST ишемического характера установлено, что у военнослужащих 1-й группы работ с ХО в сравнении со 2-й группой при практически в равной доле встречается незавершенная ВЭМ (11,4 против 11,0 %, соответственно), частота встречаемости положительной пробы с физической нагрузкой превышала таковую почти в 3 раза – 7,6 и 2,7 %, соответственно. Все средние значения Эхо-КГ находились в пределах нормы, единственное значимое различие отмечалось в отношении частоты встречаемости признаков атеросклероза аорты, которая у лиц 1-й группы была значимо выше, чем во 2-й группе (50,6 и 42,9 %, соответственно).

При качественной оценке ВЭМ у военнослужащих основной группы в зависимости от стажа работы с ХО было выявлено следующее: у лиц со стажем работы менее 5 лет в 100 % случаев результат был отрицательным, в группе со стажем работы от 5 до 10 лет в 3,1 % случаев проба была не завершена, и, наконец, у обследованных со стажем более 10 лет отрицательная проба отмечалась лишь в 71,9 % случаев, незавершенная – 16,2 % и положительный результат наблюдался у 11,9 % респондентов. У персонала основной группы в сравнении с группой контроля со стажем работы до 5 лет признаки атеросклероза аорты отсутствуют вообще, в тоже время, у лиц 1-й группы высоко значимо чаще (78,8 % против 42,9 %) отмечаются признаки атеросклероза аорты. У сотрудников 1-й группы работ с ХО со стажем работы до 5 лет увеличение размера правого желудочка встречалось у 8,75 %, левого предсердия – у 6,25 %, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – у 12,5 %, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – у 6,25 %; снижение фракции изгнания и отношений скоростей трансмитрального к трансаортальному кровотоку выявлено в 2,5 и 6,25 % случаев, соответственно. Изменения таких величин как ТМЖП, ИММЛЖ и отношения трансмитрального к трансаортальному кровотоку в данной группе встречались значимо реже, чем в группе контроля, что, скорее всего, объясняется возрастным фактором (средний возраст респондентов в данной группе почти на 9 лет меньше, чем в контрольной). У лиц 1-й группы со стажем работы с ХО от 5 до 10 лет наиболее часто встречались изменения следующих показателей: увеличение размеров правого желудочка (10,64 %), увеличение ТМЖП (17,02 %), снижение отношений трансмитрального к трансаортальному кровотоку (14,89 %). При сравнении данной группы обследуемых с контрольной значимое различие было выявлено лишь для ИММЛЖ (в данной группе увеличение данного показателя выше нормы определялось в 8 % случаев против 15,38 % в контрольной, соответственно). В группе со стажем работы с ХО более 10 лет у 32,69 % респондентов определялось превышение

нормы ТМЖП и у 19,05 % повышенные значения ИММЛЖ, а также снижение отношения трансмитрального к трансаортальному кровотоку менее 1 у 29,92 % обследованных, по изменениям прочих показателей частота встречаемости соответствовала предыдущим группам. При сравнительной характеристике данной группы лиц со 2-й группой выявлены значимо большие по частоте встречаемости изменения таких величин как ТМЖП и отношения трансмитрального к трансаортальному кровотоку.

Таким образом, у военнослужащих, непосредственно занятых на работах с ХО, с увеличением стажа работы увеличивается частота изменений сегмента ST ишемического характера при проведении нагрузочных проб, причем у лиц со стажем работы более 10 летположительная проба имеет место в 11,9 % случаев.Данную группу лиц, в особенности со стажем работы более 10 лет, необходимо выделять в отдельную группу риска в рамках диспансеризации.

Полученные данные свидетельствуют о высокой информативности велоэргометрии иэхокардиографии в обследовании сердечно-сосудистой системы у данного контингента.

Горшенин Т.Л., Дулаева С.К.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЯ ПРИ СТЕНОЗЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова И.И. «Госпиталь для ветеранов войн»

Хирургическое вмешательство при стенозе выходного отдела желудка у лиц пожилого и старческого возраста сопровождается значительным числом осложнений и высокой послеоперационной летальностью. Вместе с тем, до настоящего времени выбор метода оперативного вмешательства при данной патологии окончательно не определен. В связи с внедрением эндовидеохирургии открываются новые возможности в лечении данной категории больных.

Цель исследования: Сравнить результаты лечения у больных старших возрастных групп с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка в условиях полиморбидности с использованием традиционного оперативного вмешательства и эндовидеохирургического формирования соустья.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ лечения пациентов пожилого и старческого возраста, с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Больные были распределены на 2 группы. В контрольную группу вошли пациенты, которым оперативное вмешательсто выполнялось традиционным методом: 16 - с опухолевым стенозом, 1 - с язвенным.

В основной группе с использованием эндовидеохирургии оперирован 21 пациент. Стеноз субкомпенсированный был у - 7, декомпенсированный у - 14. Анастомоз у 10 пациентов наложен аппаратным швом, а у - 11 ручным 2-х рядным швом, с помощью монофиламентной нити. Во всех случаях анастомоз формировался на длинной петле, с брауновским соустьем. В обеих группах средний возраст составил 74 года. Время оперативного вмешательства составило 60 минут в среднем. У большинства больных одновременно имелось более пяти сопутствующих заболеваний.

Влияние на течение переоперационного периода оценивалось с помощью индекса коморбидности Чарлсона и гериатрической шкалы клинической оценки Сандоз (SandozClinicalAssessmentGeriatric – SCAG). В обеих группах в биохимическом анализе крови отмечались: гипопротеинемия и водно-электролитные нарушения. По полу, возрасту и тяжести сопутствующей патологии группы были сопоставимы. Всем больным проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию имеющихся выраженных расстройств водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.

Результаты. В ходе исследования оценивали течение послеоперационного периода, длительность операционного койко дня. Операции эндовидеохирургическим способом сопровождались низким объемом кровопотери, интенсивность боли была ниже, чем в контрольной группе, что позволило максимально быстро активизировать больных.

Послеоперационные осложнения отмечались в обеих группах. В контрольной группе послеоперационный койко день составил - 14 суток. ИОХВ (инфекция области хирургического вмешательства) у 3 (пациентов), 2 (пациента) с гипостатической пневмонией, в 4 случаях закончилось летальным исходом в связи с ТЭЛА, тяжелой гипостатической пневмонией и декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией.

В основной группе послеоперационный койко день составил - 8 суток. ИОХВ у 1 пациента. Значимых соматических изменений не отмечалось, однако имелось 2 летальных исхода, связанных с декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией.

Выводы.

Таким образом, формирование гастроэнтероанастомоза с использованием эндовидеоаппаратуры при стенозе язвенной и онкологической природы у пациентов старшей возрастной группы является операцией выбора, что позволяет сократить послеоперационный койко день и улучшить непосредственные результаты хирургического лечения.

Горшенин Т.Л., Овдиенко О.А., Дулаева С.К., Гугалев Г.С.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Санкт-Петербург, «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СЗГМУ им И.И. Мечникова.

Введение. Послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) является актуальной проблемой современной медицины. У больных пожилого и старческого возраста стойкие ПОКД в виде вербальных, зрительных и пространственных нарушений на фоне депрессивной симптоматики отмечаются в 56% случаев. По современным представлениям ведущей причиной послеоперационных когнитивных расстройств является воздействие лекарственных препаратов, входящих в анестезиологическое пособие оперативного вмешательства. Наряду с этим, операционная травма является значимым фактором в развитие послеоперационных изменений в психическом статусе.

Целью работы было провести сравнительный анализ ПОКД у пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу осложнений рака толстой кишки.

Материалы и методы. В исследование вошли 40 пациентов, которые были распределены на две группы. Основную группу составили 22 пациента, оперированные по поводу рака толстой кишки с помощью эндовидеохирургических технологий. В контрольную группу вошли 18 пациентов, оперированные традиционными методами. Во всех случаях использовалась общая анестезия с использованием одних и тех же препаратов. Возраст больных варьировал от 65 до 93 лет и в среднем составил 79 лет. Женщин было в основной группе - 12, в контрольной – 10. По полу, возрасту, характеру сопутствующей патологи больные в основной и контрольной группах были распределены равномерно.

Результаты. Для оценки ПОКД использовали краткую шкалу исследования психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE). Исследование проводили в день перед операцией, и на первые сутки послеоперационного периода. Перед операцией, согласно использованной шкалы, легкая степень когнитивной дисфункции (28-30 баллов) отмечена у 6 пациентов основной и 3 пациентов контрольной групп; умеренные когнитивные нарушения (25-27 баллов) – у 11 пациентов основной и 12 пациентов контрольной групп; и, деменция легкой степени (20-24 баллов) - у 3 пациентов в каждой группе. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов контрольной группы отмечены когнитивные

расстройства: согласно шкалы MMSE отмечено снижение тестовых ответов на 2 - 12 баллов (в среднем 5,2 балла). В основной группе у 5 пациентов отмечено незначительное снижение когнитивных функций (в среднем на 2,4 балла). У 17 пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде когнитивных расстройств не отмечено. Течение послеоперационного периода у больных основной группы было более благоприятным, сопровождалось меньшим количеством осложнений и уменьшением послеоперационного койкодня.

Выводы. В развитии ПОКД наряду с такими факторами, как общая анестезия, возраст, отягощенный неврологический анамнез, преморбидный интеллектуальный фон, депрессивные расстройства, немаловажную роль играет операционная травма. Использование эндовидеохирургических технологий, как наименее травматичных, позволяет уменьшить риск развития послеоперационных когнитивных нарушений, что в свою очередь благотворно влияет на течениие послеоперационного периода.

Гранкин А.С., Хоминец В.В., Аверкиев Д.В., Гладков Р.В., Конокотин Д.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МО РФ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Введение. Предложен алгоритм диагностики и хирургического лечения военнослужащих с передней нестабильностью плечевого сустава, отражающий современные взгляды на причины возникновения данной патологии, современную тенденцию рассматривать вмешательство как комплекс отдельных хирургических процедур, направленных на коррекцию конкретных патологических изменений с учетом индивидуальных особенностей больного.

Целью исследования явилось разработать дифференцированную тактику хирургического лечения военнослужащих с хронической передней нестабильностью плечевого сустава в лечебных учреждениях МО РФ.

Материалы и методы. Исследование состояло из 3 этапов. На первом этапе был проведен анализ результатов хирургического лечения 179 больных оперированных в клинике военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по открытой методике Bristow-Latarjetв период с 2006 по 2011 гг. по поводу привычного вывиха плеча, выявлены основные причины неудовлетворительных исходов, определены наиболее эффективные методики и выделена группа сравнения. Второй этап заключался в разработке алгоритма диагностики и хирургического лечения больных с хронической передней нестабильностью плечевого сустава для внедрения в практику медицинских организаций МО РФ. На третьем этапе был проведен сравнительный анализ анатомо-функциональных результатов лечения больных, оперированных в период с 2012 по 2014 гг. с использованием разработанного алгоритма (107 пациентов) и больных группы сравнения (87) оперированных ранее.

Результаты. При оценке критерия «стабильность» частота рецидивов вывихов не значимо отличалась в двух группах и составила 2,8% в основной и 2,3% в группе сравнения. Частота остаточных проявлений нестабильности в виде сублюксаций и «предчувствия вывиха» уменьшилась более чем в два раза с 13,8% в группе сравнения до 5,6% в основной.

Доля выявления значимого болевого синдрома снизилась с 2,3% у больных группы сравнения до 1,8% у основной. Незначимый болевой синдром снизился с 19,5% до 11,3% соответственно.

Количество значимых послеоперационных контрактур снизилось с 4,6% в группе сравнения до 2,8% в основной, а не ограничивающих физическую активность - с 18,4% до 14,0% соответственно. Измерение амплитуды движений в плечевом суставе у больных основной группы до операции и через 6-12 мес. после нее показало уменьшение наружной ротации приведенного плеча, в среднем, на 8° (5-15°), отсутствие значимой разницы во внутренней ротации, отведении и сгибании плеча.

Отличные результаты лечения по шкале Rowев основной группе отмечены у 43,9%

больных, в группе сравнения аналогичные наблюдения были зарегистрированы в 17,2% случаев. Значимое различие произошло за счет преобладания в группе сравнения хороших результатов (64,4% - контрольная группа, в основной - 38,3%). Удовлетворительные и неудовлетворительные результаты лечения в обеих группах распределились примерно одинаково: в основной - 13,1% и 4,7%, в контрольной - 13,8% и 4,6% соответственно. Результаты лечения, оцененные при помощи индекса WOSIи шкалы Rowe, оказались сопоставимыми между собой, что подтверждает достоверность полученных результатов.

Вывод. Разработанный алгоритм хирургического лечения передней нестабильности плечевого сустава наглядно показал клиническую эффективность и может быть использован для лечения военнослужащих в лечебных учреждениях МО РФ.

Гранкин А.С., Хоминец В.В., Аверкиев Д.В., Гладков Р.В., Конокотин Д.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУБАКРОМИАЛЬНЫМ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМОМ МЕТОДОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО БАЛАНСА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Субакромиальный импинджмент-синдром является одной из проблем современной ортопедии в силу своей распространенности, устойчивости к классической противовоспалительной терапии, склонности приводить к тяжелым последствиям в виде дегенеративного разрыва вращательной манжеты плеча. Общепринятой тактикой лечения больных является консервативное лечение с применением противовоспалительных блокад, а при его неэффективности – хирургическая субакромиальная декомпрессия.

С целью поиска эффективного метода консервативного лечения больных нами был исследован патогенез субакромиального импинджмент-синдрома. В ходе операций субакромиальной декомпрессии и по данным МРТ у всех больных с длительно протекающим импинджмент-синдромом было выявлено истончение, поверхностные надрывы и удлинение сухожильной части надостной мышцы. Была выдвинута гипотеза о ее функциональной недостаточности, приводящей к нарушению вертикального баланса головки плечевой кости. С целью подтверждения данной гипотезы была разработана плоскостная математическая модель равновесного состояния плеча, позволяющая задавать такие параметры, как угол отведения плеча, усилия, создаваемые вращательной манжетой и дельтовидной мышцей, регистрировать и определять значение силы давления большого бугорка на акромиальный отросток при нарушении вертикального баланса головки плечевой кости.

В результате расчетов выявлена резко выраженная тенденция к верхней сублюксации, которая была подтверждена при функциональной рентгенографии в сравнении с контрлатеральной конечностью. Увеличение силы передней и задней групп вращателей, согласно расчетам, должно приводить к отклонению суммарного вектора силы, действующей на головку плеча, книзу, тем самым центрируя ее, устраняя верхнюю сублюксацию и давление на акромиальный отросток.

Под наблюдением находились 82 больных с субакромиальным импинджмент-синдромом, подтвержденным клинически и по данным МРТ, без явлений острого бурсита и грубых костных разрастаний («функциональный» импинджмент-синдром). При отборе больных наряду с исследованием стандартной симптоматики всем проводили тест с физической нагрузкой на передние и задние группы мышц-вращателей плеча. Положительным прогностическим критерием предстоящего лечения считали исчезновение или значительное снижение боли при отведении плеча в режиме рабочей гипертрофии указанных мышц. Функциональное лечение состояло из двух или четырех специальных силовых безболезненных упражнений, самостоятельно выполняемых больными в течение 10-15 минут 1 раз в день. Видимый положительный эффект был достигнут к исходу первой недели лечения. Стойкий эффект – через 3 месяца регулярных занятий. Полное исчезновение

болевого синдрома зарегистрировано у 87,8% больных. У остальных – достигнуто улучшение.

Больных наблюдали в течение 2-х лет. У 26% после эпизодов тяжелой физической нагрузки болевой синдром рецидивировал. Повторный курс функционального лечения приводил к купированию боли.

Выводы: эффективность функционального лечения больных с субакромиальным импинджмент-синдромом, по нашему мнению, достигается за счет динамической вертикальной стабилизации сустава, а также восстановления трофики мягких тканей, проприоцептивной иннервации, скользящего аппарата субакромиальной зоны.

Гребнев Г.А., Гук В.А., Исаев Э.М., Азовцев В.О.

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

г. Санкт-Петербург, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Одним из факторов, определяющих качество жизни, является стоматологическое здоровье, которое позволяет человеку не ограничивать себя в выборе пищи и функционально питаться, полноценно общаться, активно трудиться, вносить свой вклад в общее здоровье. Пожилой возраст обусловливает сложность ортопедического лечения этой группы больных в связи со значительным снижением количества зубов, а также адаптационных возможностей организма.

Иммобилизация отломков нижней челюсти назубными шинами у больных пожилого и старческого возраста, с одной стороны, не обеспечивает надежного их закрепления и, с другой стороны, отмечается замедление репаративных процессов в кости у пациентов данной возрастной группы, по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста. Кроме того, иммобилизация отломков нижней челюсти назубными проволочными или ленточными шинами ведет к снижению гигиены полости рта, а сами шины являются ретенционными пунктами для задержания остатков пищи и ухудшения гигиены.

Многие исследователи рассматривают снижение гигиены полости рта и накопление зубного налета, характерные для больных, иммобилизацию отломков которым проводили назубными шинами, как один из основных факторов развития заболеваний пародонта. Большое количество ретенционных пунктов в полости рта, возникающих при иммобилизации отломков назубными шинами, затруднение очищения зубов, нарушение характера питания приводят к резкому понижению уровня гигиены полости рта и накоплению большого количества мягкого налета, содержащего агрессивные микроорганизмы. При этом вновь развивающиеся воспалительные заболевания околозубных тканей, равно как и обострение хронического пародонтита, значительно повышают риск развития гнойных осложнений при переломах верхней и нижней челюсти, а также создают неблагоприятные условия для консолидации отломков. В результате длительной иммобилизации нижней челюстей неизбежно страдает функция слюнных желез, что значительно ухудшает гигиеническое состояние полости рта, а зубной налет является прямой причиной воспалительных процессов в пародонте.

При применении назубных шин возникают длительные нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава. К тому же, назубные шины у пациентов пожилого и старческого возраста теряют свою эффективность при наличии недостаточного количества зубов и не обеспечивают в этом случае адекватной иммобилизации. Этот метод зачастую не обеспечивает четкую репозицию костных отломков с последующей их устойчивой стабилизацией в правильном анатомическом положении. Все это в совокупности вызывает

развитие различных осложнений и приводит к увеличению сроков реабилитации больных с переломами нижней челюсти.

Поэтому применение ортопедических методов лечения переломов нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста можно считать нерациональным, и его нельзя рекомендовать в клиническую практику челюстно-лицевых стационаров.

Гребнев Г.А., Канунников В.А.

СТАНДАРТНАЯ ТРАНСПОРТНАЯ ШИНА ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

г. Санкт-Петербург Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Современные средства транспортной иммобилизации при переломе костей челюстно-лицевой области должны быть универсальными, то есть применяться как на доврачебных этапах медицинской эвакуации, так и на этапе для оказания специализированной медицинской помощи.

В результате изучения научной литературы, антропометрических данных челюстно-лицевой области, конструктивных особенностей отечественных и зарубежных средств для транспортной иммобилизации, математического анализа гипсовых моделей различных типов подбородков, разработан образец стандартной транспортной шины (СТШ).

Новое средство транспортной иммобилизации при переломах челюстей – СТШ, имеет существенное преимущество перед имеющимися табельными средствами медицинской службы – стандартной транспортной повязкой (СТП 1939г.) и универсальной челюстно-лицевой транспортной вакуумной шиной (УЧЛТВШ 2006г.).

За основу взята стандартная жесткая нижнечелюстная праща СТП. Смоделирован нижний козырёк. Головная опорная шапочка с верхним козырьком в области лба и опорой на теменно-затылочную область, не сдавливает голову по окружности, удерживается за счет системы лямок. Эластичная резиновая тяга фиксируется за отверстия козырьков и направлена от подбородка и тела нижней челюсти к лобно-височной области, совпадая с направлениями контрофорсов верхней челюсти.

СТШ состоит из:

раздвижная нижнечелюстная шина с нижним козырьком;

универсальная головная опора шины, состоящая из лобной накладки с верхним козырьком и затылочно-теменной части;

удерживающие лямки;

эластичная резиновая тяга, прикрепленная к отверстиям на козырьках шины.

Показанием для применения СТШ являются переломы верхней и нижней челюсти любой локализации.

Таким образом, новое средство иммобилизации при переломах челюстей – стандартная транспортная шина (СТШ) достаточно жесткая, стандартная и одновременно индивидуальная за счет вакуумной подкладки, обеспечивает быструю и надежную фиксацию отломков челюстей и возможность её применения не только как средства для транспортной иммобилизации, но и для иммобилизации костных отломков челюстей в лечебных целях. Модель СТШ не сложная в изготовлении и применении, она способна стать перспективным средством для транспортной иммобилизации при травме челюстно-лицевой области и отвечать современным требованиям военно-полевой хирургии.

Гребнев Г.А., Ковалевский А.М., Прожерина Е.Ю.

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОЕННОСЛУЖИЩИХ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

г. Санкт-Петербург, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологииВоенно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Ошибка! Закладка не определена.Стоматологи всего мира уделяют пристальное внимание проблеме профилактики стоматологических заболеваний вследствие их высокой распространённости. Причём оба важнейших заболевания – кариес и пародонтит - можно практически полностью предотвратить. Установлена прямая зависимость между распространенностью кариеса зубов, болезней пародонта и качеством индивидуального ухода за полостью рта.

Обследовано 5 групп добровольцев – военнослужащих по призыву и курсантов высших военных учебных заведений по 50 человек каждой группе.

Пациенты всех групп после проведения профессиональной гигиены полости рта (ПКГПР) использовали для чистки зубов зубную щетку и одинаковую зубную пасту с соблюдением всех необходимых правил чистки зубов.

Пациенты первой группы использовали для гигиены полости рта наряду с мануальными зубными щетками и зубными пастами зубочистки, второй группы - флоссы, третьей - флосстики, четвертой - лечебно-профилактическую нить ICEDENT, пациенты пятой (контрольной группы) не применяли дополнительных средств интердентальной гигиены полости рта.

Оценивали исходное состояние полости. Повторное обследование пациентов проводилось на следующий день после лечения, затем состояние тканей пародонта оценивалось на 30 и 90 сутки после лечения.

Основные методы обследования-это определение комплексного периодонтального индекса (КПИ) П.А. Леуса (1988) , индекса гигиены (ИГ) Ю.А. Фёдорова – В.В. Володкиной (1968) , индекса PMA (Parma, 1960), индекса OHI-S Green J., Vermillion J. (1964), индекса кровоточивости SBI по Muhlemann H.R., Son S. (1971) .

Результаты исследования: по данным осмотра полости рта, распространённость кариеса зубов среди военнослужащих 1, 2 и 5 групп составила 96% (48 человек из 50), 94% в 3-ей и 4-ой группах (47 человек).Распространённость воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) среди военнослужащих пяти групп составила от 68% до 72%.

Наилучшие значения показателей индексов гигиены отмечены среди военнослужащих, использовавших зубную нить ICEDENT, показатель ИГ составил 1,5±0,3, существенно ($p < 0,05$) отличаясь в лучшую сторону как по сравнению с показателями до лечения, так и по сравнению с результатами пятой (контрольной) группы, что объясняется наличием одноразовой индивидуальной дозированной упаковки, после вскрытия которой образуются бумажные «держатели» нити, позволяющие пользоваться ею без наматывания на пальцы, т.е. более гигиенично, а также антисептическим и противовоспалительным действием сангвиритрина, пропитывающего нить.

Вывод: поскольку зубная нить «ICEDENT» отечественного производства расфасована в индивидуальные дозированные упаковки однократного применения, удобна в использовании благодаря наличию простейших бумажных приспособлений для удерживания её в руках без необходимости наматывания на пальцы, гигиенична и эффективна в применении, целесообразно рекомендовать её к применению военнослужащими ВС Российской Федерации после каждого приёма пищи, в том числе в полевых условиях.

Гребнев Г.А., Чернегов В.В., Лачин Р.А., Щербина Н.Ю., Москвин Г.В.

СПОСОБ ЗАБОРА АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

г. Санкт-Петербург, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологииВоенно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Целью и задачами настоящей работы была оценка стандартной методики забора костного аутотрансплантата из гребня подвздошной кости, и дальнейшая разработка на основании полученного клинического опыта модификации методики «золотого стандарта».

Задача исследования была в разработке такого доступа и метода забора аутотрансплантата из гребня подвздошной кости, который позволил бы снизить болевой синдром, уменьшить время реабилитации в послеоперационном периоде, и ускорить процесс забора костного аутотрансплантата.

Материал и методы исследования в основу исследования положены материалы клинического исследования 15 больных с атрофией костной ткани верхней и нижней челюстей в клинике ЧЛХ и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с января 2015 – по февраль 2016 года.

Все больные были разделены на 2 группы. Основная – 12 больных, которым под местным обезболиванием с применением внутривеннной седации была проведена пластика верхней или нежней челюсти с забором аутотрансплантата из гребня подвздошной кости в модификации кафедры. Контрольная – 3 больных, которым применили традиционную методику забора костного аутотрансплантата из гребня подвздошной кости для пластики верхней или нижней челюсти.

Методика модификации кафедры. Под местным обезболиванием и внутривенной седацией отступя на 1 см дистально от проекции гребня подвздошной кости на кожу делается разрез кожи, послойно рассекают подкожную жировую клетчатку, надкостницу, распатором оголяют гребень подвздошной кости. Донорский трансплантат берут тонким широким плоским остеотомом. Отступя от медиального и латерального края гребня по 1,5 мм, под углом 45° производят горизонтальные насечки, который в последующем соединяются двумя вертикальными. Аутотрансплантат забирается в форме треугольной призмы. Затем костный блок припасовывается по форме реципиетного ложа и фиксируется титановыми мини-винтами, или перетирается при помощи костной мельницы и укладывается в костный дефект.

В послеоперационном периоде проводилась оценка клинических показателей. В основной группе при использовании модифицированной методики забора аутотрансплантата болевой синдром прекращался на 3-4 сутки послепоераицонного периода. Тогда как в контрольной группе пациентам приходилось прибегать к помощи вспомогательных средств (костыли) для передвижения.

Удалось сократить время операции в основной группе, за счет более быстрого доступа и облегчения закрытия послеоперационной раны, так как исключены этапы отделения и подшивания мышц к наружной поверхности подвздошной кости.

Заключение: в результате исследования мы пришли к выводу, что применение разработанной нами модификации методики забора аутотрансплантата из гребня подвздошной кости благоприятно сказывается в послеоперационном периоде: уменьшается болевой синдром, снижается время проведения операции.

Гриневич В.Б., Кумонок А.В., Губонина И.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АКТИВНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ФОНЕ 8-НЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРАЛЬНЫМ МЕСАЛАЗИНОМ В ДОЗЕ 3000 МГ В ДЕНЬ.

Санкт-Петербург Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Актуальность исследования: Существующие противоречивые данные о нефротоксичности препаратов 5-аминосалициловой кислоты диктуют необходимость исследования влияния данных лекарственных средств на почечную функцию у пациентов с язвенным колитом, у которых месалазин является препаратом первой линии лечения.

Материалы и методы: Обследованы 16 пациентов с язвенным колитом (ЯК)легкой и среднетяжелой формы в стадии обострениябез значимой сопутствующей патологии со стороны моче-выделительной системы.Пациенты получали терапию оральным месалазином в дозе 3000 мг/сут в течение 8 недель. Определялись следующие показатели почечной функции: сывороточный цистатин С, креатинин, мочевина, а также скорость клубочковой фильтрации (Levey).

Результаты: В течение 8 недель лечения оральным месалазином в дозе 3000 мг/сут было достигнуто достоверное снижение активности заболевания, что отразилось на уменьшении индекса клинической (с 6,29±0,58 баллов до 1,4±0,28 баллов) и эндоскопической активности (с 5,36±0,62 до 2,31±0,44 баллов), $p<0,05$ между показателями до и после лечения.

При анализе биохимических параметров крови до лечения, через 4 недели и через 8 недель терапии, таких как мочевина 5,11±0,45; 5,28±0,45; 5,08±0,45; креатинин 78,14±10,04; 68,15± 9,28; 74,57± 9,8; скорость клубочковой фильтрации 87,57± 8,44; 88,69±5,62; 93,36±8,2; и цистатин С 0,7±0,05; 0,71±0,04; 0,7±0,04 (соответственно) не было отмечено достоверного снижения ни по одному из показателей почечной функции, включая ранний маркер ренальной дисфункции – цистатин С.

У пациентов разных возрастных групп (до 45 лет (9 пац.) и старше 45 лет (7 пац.) также не отмечено достоверных различий в исходном и конечном функциональном состоянии почек: мочевина 4,85±0,47; 5,47±0,36; креатинин 81,0±11,16; 74,33±7,64; скорость клубочковой фильтрации 87,13±9,34; 88,17± 6,66 и цистатин С 0,68±0,05; 0,74±0,04 (соответственно). При анализе биохимических показателей крови у пациентов, разделенных на две группы в зависимости от длительности течения ЯК (До 5 лет (8 пац.) и более 5 лет (8 пац.), при длительности ЯК больше 5 лет прослеживается тенденция к снижению почечной функции, что отражается на повышении уровней мочевины, креатинина, цистатина С и снижении СКФ: мочевина 4,45±0,46; 5,44±0,33; креатинин 80,07±11,16; 83,03±4,54; скорость клубочковой фильтрации 88,25±8,21; 86,87±5,36 и цистатин С 0,7±0,04; 0,72±0,04 (соответственно) $p>0,005$.

Анализ показателей ренальной функции в зависимости от активности ЯК (ИКА менее или равно 5 баллов (5 пац) и с ИКА более 5 баллов (11 пац)) не выявил достоверных различий: мочевина крови 5,64±0,46; 4,82±0,43; креатинин 86,4±13,02; 88,17±6,66; скорость клубочковой фильтрации 83,0±10,3; 86,87±5,36 и цистатин С 0,73± 0,03; 0,69± 0,05 (соответственно).

Выводы: Лечение оральным месалазином в дозе 3000 мг/сут в течение 8 недель больных с язвенным колитом не ведет к снижению почечной функции.Активность воспалительного процесса при обострении легко-среднетяжелого язвенного колита существенно не влияет на ренальную функцию. При длительности ЯК больше 5 лет прослеживается тенденция к снижению почечной функции, однако данные различия были статистически недостоверными, что требует дальнейшего исследования с включением большего количества пациентов.

Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Сухов Е.О.

«ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА И СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ»

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2-ая кафедра терапии усовершенствования врачей.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) выходит на первые позиции в структуре заболеваемости в клинике внутренних болезней. Согласно крупному популяционному исследованию «DIREG_L_01903», проведенному в 2007 году, НАЖБП выявлялась у 27,0% пациентов, которые обращались за амбулаторной терапевтической помощью,у 80,3% из них выявляли неалкогольный стеатоз печени (СП), у 16,8% неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), а у 2,9% больных заболевание диагностировалось уже на цирротической стадии.

Целью работы была оценка выраженности системной воспалительной реакции и состояния микробиоценоза кишечника в зависимости от клинической формы НАЖПБ.

Нами было обследовано 49 пациентов сНАЖБП, из которых было сформировано две группы:СП (n=37) и НАСГ (n=12). Средний возраств группах составил 43,6±13,3 года. Соотношение мужчин и женщин среди больных СП и НАСГ было 63,3% и 36,7% (31 и 18 человек соответственно). Средний возраст мужчин составил 42,2±13,6 года, женщин – 45,0±12,9 лет. В группу контроля вошли11 практически здоровых добровольцев средним возрастом 25,6 ± 3,4 лет. В отношении больных было проведено лабораторно-инструментальное обследование, необходимое для решения задач исследования.

Проведённые исследования показывают, что нарушения микробиоценоза имеют место у 100% обследованных больных НАЖБП. У всех больных в содержимом кишечника отмечалось уменьшение количества содержания таких анаэробных микроорганизмов в содержимом кишечника как бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, фузобактерии, пептострептококки, эубактерии. Превышало норму количество стафилококков, клостридий и вейлонелл, дрожжеподобных грибов. У пациентов со СП преобладали II и I степени дисбактериоза, в то время как в группе НАСГ – II и III степени, причем III степень дисбактериоза встречалась в два раза чаще, чем в группе СП (25% и 12 % соответственно) ($p<0,05$).

В исследовании установлено, что при НАСГ уровень фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α)достигает максимальных значений (86,3±10,1 пг/мл). Рост уровня ФНО-α в группе СП (74,1± 9,6 пг/мл)может объясняться его избыточнойпродукциейадипоцитами у больных с ожирением. В обеих исследуемых группах выявлено достоверное повышение ($p<0,05$) уровня ФНО-α в сравнении с группой контроля (уровень ФНО-αв группе контроля 18± 3,1 пг/мл). Уровень СРБ был достоверно выше в группе НАСГ (10,5± 2,1 мг/л) против 5,6±1,7 мг/л – в группе СП ($p<0,05$).

Таким образом, можно сделать выводы, что НАЖБП сопровождается активацией системного воспалительного ответа в виде повышения уровня ФНО-α и СРБ, причем течение НАСГ характеризуется более значимым повышением уровня СРБ. У 100% больных НАЖБП выявляются нарушения микробиоценоза кишечника, причем III степень дисбактериоза в 2 раза чаще выявляется у больных НАСГ, чем у больных СП.

Исследование уровняФНО-α и СРБ в сочетании с повышением активности печеночных аминотрансфераз, целесообразны для своевременной диагностики НАСГ; выявленные нарушения микробиоценоза кишечника у больных НАЖБП обуславливают выраженность системного воспаления и требуют коррекции.

Гук В.А., Самсонов В.В., Мкртчан Т.Г.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЛИЦА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
г. Москва, 3-й клинический военный госпиталь им. А.А.Вишневского
;г. Санкт-Петербург, Городская больница № 17

За последние годы, несмотря на достигнутые успехи в лечении переломов нижней челюсти, осложнения воспалительного характера, по данным различных авторов, достигают 35-40% (Чергештова Ю.И., 2000; Магомедгаджиев Б.Г., 2008; Мубаркова Л.Н., 2008; Мирсаева Ф.З., Изосимов А.А., 2009).

Удельный вес пожилых людей в общей структуре пострадавших с переломами костей лица колеблется от 7,0 до 11,3% (Панкратов А.С. и Мелкумова А.Ю., 2000). Ряд авторов отмечают, что количество случаев переломов костей лица у лиц пожилого возраста в различных странах возрастает с каждым годом (ThomasD., HillC., 1999).

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения пациентов пожилого и старческого возраста с переломами нижней челюсти путем оптимизации существующих методов.

Решение поставленных в работе задач осуществляли путем проведения комплексного исследования, включавшего выявление возрастных особенностей клинического течения переломов нижней челюсти по данным обследования 192 больных в возрасте от 25 до 83 лет (129 мужчин и 63 женщины) с переломами нижней челюсти.

Возраст больных рассматривали как один из важных показателей, определяющих общее состояние организма пациента, в целом, и зубочелюстную систему, в частности.

Анализ течения переломов у пациентов молодого, среднего и пожилого и старческого возраста показал, что иммобилизация отломков нижней челюсти назубными шинами оказалась эффективной у пациентов молодого и среднего возраста. Через 4 недели отсутствие подвижности отломков было отмечено у 26 (74,3%) пациентов. У пациентов пожилого и старческого возраста с сохранившимся зубным рядом, что позволило для их лечения использовать назубные шины для иммобилизации отломков, через 4 недели консолидация отломков наступила только у 8 (26,6%) человек.

У 80% пациентов, при наличии зубов, диагностировали ортогнатический прикус. У остальных пациентов (20%) отмечено наличие прямого, а также переходные формы ортогнатического прикуса с ретрузией или протрузией передних зубов. Клинический анализ полученных результатов исследования, лечения и динамического наблюдения за пациентами пожилого и старческого возраста с переломами нижней челюсти, позволил сформулировать следующие показания для проведения у них остеосинтеза минипластинами внутриротовым доступом. Показанием для проведения остеосинтеза минипластинами являются переломы нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста, которым противопоказана межчелюстная иммобилизация.

Таким образом, при клиническом обследовании общесоматического статуса пациентов и состояния их зубочелюстной системы, можно выявить различные противопоказания для проведения иммобилизации отломков нижней челюсти назубными ленточными или проволочными шинами, что потребовало проведения оперативного вмешательства (остеосинтеза), для получения хороших результатов при лечении пациентов пожилого и старческого возраста с переломами нижней челюсти.

Гуляев Н.И., Кудинова А.Н., Хлыстова В.А.

СОДЕРЖАНИЕ ВАНАДИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель исследования – определение содержания ванадия в сыворотке крови у лиц с кальцинированным стенозом аортального клапана, уточнение роли данного микроэлемента в патогенезе кальцинированного аортального стеноза.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст 65±5,2 лет) с тяжёлой степенью кальцинированного аортального стеноза. В исследование не включались пациенты, имеющие иную тяжёлую сопутствующую патологию. В качестве контрольной группы и с целью исключения биогеохимических региональных особенностей, присущих Северо-Западному региону, исследовали микроэлементный статус 30 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование минерального состава биопроб осуществлялось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой, позволяющим определять концентрации отдельных элементов на уровне от сотых долей нанограммов до сотен миллиграммов на литр. В качестве объекта исследования микроэлементного статуса индивидуума служила плазма крови, забранная натощак. Полученные показатели химических элементов обрабатывались с помощью программного обеспечения PlasmaLab 2.5.4. Статистическую обработку выполняли на ЭВМ с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследований. В ходе проведенного исследования установлено, что содержание ванадия в сыворотке крови пациентов с кальцинированным аортальным стенозом составило 0,109±0,064 мг/л, что входит в диапазон нормальных величин (0,00-0,20 мг/л). Однако, данный показатель оказался достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы - 0,19±0,03 мг/л ($p<0,01$).

Обсуждение результатов. Роль ванадия в физиологических процессах организма в настоящее время изучена недостаточно. Выдвигается ряд предположений, согласно которым ванадий принимает участие в регуляции окислительно-восстановительных процессов, катализирует окисление фосфолипидов изолированными ферментами печени, участвует в регуляции концентрации глюкозы крови. Достоверно известно, что ванадий активизирует эндотелиальную NO-синтазу. Данный факт дает возможность предположить, что снижение содержания ванадия может существенно отражаться на выработке оксида азота, снижая таким образом вазодилатационный потенциал эндотелия. Кроме того, не исключается, что ванадий может влиять на структуру липопротеидов низкой плотности, снижая степень их атерогенности, однако данное предположение нуждается в подтверждении.

Выводы. Из результатов проведенного исследования, а также по данным анализа биологической роли ванадия, следует вывод, что данный микроэлемент может принимать непосредственное участие в патогенезе кальцинированного стеноза аортального клапана.

Гуляев Н.И., Кудинова А.Н., Хлыстова В.А.

СОДЕРЖАНИЕ АЛЮМИНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель исследования – определение содержания алюминия в сыворотке крови у лиц с кальцинированным стенозом аортального клапана, уточнение роли данного микроэлемента в патогенезе кальцинированного аортального стеноза.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст 65±5,2 лет) с тяжёлой степенью кальцинированного аортального стеноза. В исследование не включались пациенты, имеющие иную тяжёлую сопутствующую патологию. В качестве контрольной группы и с целью исключения биогеохимических региональных особенностей, присущих Северо-Западному региону, исследовали микроэлементный статус 30 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование минерального состава биопроб осуществлялось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой, позволяющим определять концентрации отдельных элементов на уровне от сотых долей нанограммов до сотен миллиграммов на литр. В качестве объекта исследования микроэлементного статуса индивидуума служила плазма крови, забранная натощак. Полученные показатели химических элементов обрабатывались с помощью программного обеспечения PlasmaLab 2.5.4. Статистическую обработку выполняли на ЭВМ с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследований. В ходе проведенного исследования установлено, что содержание алюминия в сыворотке крови пациентов с кальцинированным аортальным стенозом составило 3,325±2,11 мг/л, что входит в диапазон нормальных величин (0,10-12,00 мг/л). Однако, данный показатель оказался достоверно выше, чем у лиц контрольной группы - 1,97±1,34 мг/л ($0,05<p<0,1$).

Обсуждения результатов. С точки зрения воздействия на организм человека алюминий относят к токсичным микроэлементам, что обусловлено его антогонистическим действием с двухвалентными эссенциальными металлами и, в первую очередь, кальцием, цинком и магнием. Алюминий замещает данные микроэлементы, что приводит к изменению третичной структуры белков и выраженному нарушению их функции. Повышение уровня алюминия, наблюдаемое у больных с кальцинированным аортальным стенозом также частично изменяет обмен двухвалентных микроэлементов первоначально в пристеночном слое тонкой кишки, куда он попадает с пищей, а затем и в плазме крови, при этом в тканях связывание фосфата алюминием приводит к снижению АТФ, локальному повышению концентрации Ca^{2+}, что особенно актуально применительно к аортальным полулуниям, имеющим наиболее тесный контакт с высокоскоростным потоком крови.

Выводы. По данным проведенного исследования, а также изучения биологической роли алюминия в организме человека, стоит сделать вывод, что данный микроэлемент потенциально может являться одним из этиопатогенетических факторов формирования нарушения функции эндотелия, и, как следствие, патологии клапанного аппарата.

Гуляев Н.И., Кудинова А.Н., Хлыстова В.А.

СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель исследования – определение содержания кальция в сыворотке крови у лиц с кальцинированным стенозом аортального клапана, уточнение роли данного микроэлемента в патогенезе кальцинированного аортального стеноза.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст 65±5,2 лет) с тяжёлой степенью кальцинированного аортального стеноза. В исследование не включались пациенты, имеющие иную тяжёлую сопутствующую патологию. В качестве контрольной группы и с целью исключения биогеохимических региональных особенностей, присущих Северо-Западному региону, исследовали микроэлементный статус 30 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование минерального состава биопроб осуществлялось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой, позволяющим определять концентрации отдельных элементов на уровне от сотых долей нанограммов до сотен миллиграммов на литр. В качестве объекта исследования микроэлементного статуса индивидуума служила плазма крови, забранная натощак. Полученные показатели химических элементов обрабатывались с помощью программного обеспечения PlasmaLab 2.5.4. Статистическую обработку выполняли на ЭВМ с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследований. В ходе проведенного исследования установлено, что содержание кальция в сыворотке крови пациентов с кальцинированным аортальным стенозом составило 54,993±8,24 мг/л, что входит в диапазон нормальных величин (50,00-140,00 мг/л). Однако, данный показатель оказался достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы - 86,18±30,02 мг/л ($p<0,001$).

Обсуждение результатов. Общепризнанным является тот факт, что относительная гипокальциемия довольно характерна для пациентов с кальцинированным аортальным стенозом. Результаты нашего исследования, приведенные выше (снижение концентрации кальция в 1,5 раза в сравнении с контрольной группой), подтверждают полученные ранее данные. Большинство авторов данный факт объясняет развитием относительного гиперпаратиреоза у 25% и недостаточности витамина Д у 75% пациентов, а также сочетанием данных причин у более чем 10% больных кальцинированным аортальным стенозом. Кроме того, на наш взгляд, снижение уровня кальция у больных кальцинированным стенозом аортального клапана может быть обусловлено ещё двумя факторами. Первый - выпадение малорастворимых средних солей – фосфатов $[Ca(OH)]_3PO_4$ и карбонатов $[Ca(OH)]_2CO_3$ кальция, растворимость которых существенно снижается на фоне даже незначительного увеличения pH артериальной крови. Второй фактор - снижение в кишечнике синтеза белков, ответственных за транспорт кальция, за счёт снижения концентрации $1,25(OH)_2D_3$, что обусловлено нарушением гидроксилирования витамина Д3 на фоне нарушения микроциркуляции при развитии хронической сердечной недостаточности.

Выводы. Из результатов проведенного исследования, а также по данным анализа биологической роли кальция в патогенезе кальцинированного аортального стеноза, следует вывод, что данный микроэлемент вносит существенный вклад в формирование кальцинированного стеноза аортального клапана.

Гуляев Н.И., Кудинова А.Н., Хлыстова В.А.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель исследования – определение содержания цинка в сыворотке крови у лиц с кальцинированным стенозом аортального клапана, уточнение роли данного микроэлемента в патогенезе кальцинированного аортального стеноза.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст 65±5,2 лет) с тяжёлой степенью кальцинированного аортального стеноза. В исследование не включались пациенты, имеющие иную тяжёлую сопутствующую патологию. В качестве контрольной группы и с целью исключения биогеохимических региональных особенностей, присущих Северо-Западному региону, исследовали микроэлементный статус 30 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование минерального состава биопроб осуществлялось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой, позволяющим определять концентрации отдельных элементов на уровне от сотых долей нанограммов до сотен миллиграммов на литр. В качестве объекта исследования микроэлементного статуса индивидуума служила плазма крови, забранная натощак. Полученные показатели химических элементов обрабатывались с помощью программного обеспечения PlasmaLab 2.5.4. Статистическую обработку выполняли на ЭВМ с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследований. В ходе проведенного исследования установлено, что содержание цинка в сыворотке крови пациентов с кальцинированным аортальным стенозом составило 0,764±0,41 мг/л, что входит в диапазон нормальных величин (0,70-2,20 мг/л). Однако, данный показатель оказался достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы - 2,07±0,22 мг/л ($p<0,001$).

Обсуждение результатов. Относительный дефицит цинка может оказывать негативное влияние на многие системы организма, поскольку данный микроэлемент является ко-фактором большого количества (более 400) гормонов и ферментов. Одним из них является карбоангидраза, содержащаяся в эритроцитах крови и способствующая превращению углекислого газа в гидрокарбонат-ионы и угольную кислоту. В условиях отсутствия данного фермента превращение CO_2 в анион протекает с очень низкой скоростью. Из этого следует, что снижение уровня цинка плазмы крови потенциально может способствовать некоторому повышению pH артериальной крови, поступающей из лёгких в левые камеры сердца, что, в свою очередь, приводит к усилению кристаллообразования, поскольку отрицательный заряд поверхности кристаллов гидроксилапатита кальция в щелочной среде способствует «захвату» ионов Ca^{2+} и $CaOH^{+}$, что и обеспечивает рост кристаллов. Еще одним немаловажным ферментом, содержащим цинк, является металопротеиназа-1 (ММП-1), которая гидролизует три интерстициальных коллагена – типы I, II и III, составляющих основу аортальных полулуний, приводя к расщеплению молекулы коллагена на два фрагмента, доступных дальнейшему распаду. Из этого следует, что снижение активности ММП-1 на фоне снижения концентрации цинка способствует нарушению обмена коллагена с удлинением времени жизни, его накоплением и развитием в нём дегенеративных изменений. Как следствие данного процесса, «обнажение» сульфатированных гликопротеинов коллагеновых волокон может приводить к инициированию формирования кристаллических и кристаллоподобных структур в матриксе клапана.

Выводы. Из результатов исследования, а также анализа литературных данных о биологической роли цинка в организме, следует вывод, что дефицит данного микроэлемента вносит значительный вклад в формирование кальцинированного аортального стеноза.

Гумилевская О.П.[1], Матохина У.Б.[2]

ОЦЕНКА РОЛИ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА IL-4 В РАЗВИТИИПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ РЕНАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

[1]*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова*

[2]*Волгоград,Волгоградский государственный медицинский университет*

Аллотрансплантация почки является одним из наиболее предпочтительных методов заместительной почечной терапии. Однако, несмотря на постоянно совершенствующиеся технику оперативного вмешательства, критерии подбора доноров и реципиентов, схемы иммуносупрессивной терапии, имеется ряд осложнений, приводящих к снижению функции трансплантата и его утрате. К таким осложнениям относят хроническую посттрансплантационную нефропатию.В большом числе случаев ей сопутствует артериальная гипертензия. Хроническая нефропатия имеет как иммунологические, так и неиммунологические причины. Цитокины семейства интерлейкина-4 связаны с ростом и дифференцировкой В-лимфоцитов, играющих важную роль в иммунном ответе. В связи с этим, полиморфизм генов, затрагивающий интенсивность синтеза и биологические эффекты указанных молекул, может являться фактором риска развития хронической нефропатии.

Цель исследования: оценить взаимосвязь аллельного полиморфизма генов IL-4 и IL-4Ra с развитием посттрансплантационной нефропатии у реципиентов ренального трансплантата, страдающих артериальной гипертензией.

Задачи исследования:

1) Охарактеризовать распределение аллелей гена IL-4 в локусе -1098 и - 590 у реципиентов ренального трансплантата.

2) Охарактеризовать распределение аллелей гена IL-4Ra в локусе 1902 у реципиентов ренального трансплантата.

Материал и методы. Всего было обследовано 98 реципиентов ренального трансплантата. Всем пациентам производилось определение однонуклеотидных полиморфизмов гена IL-4 G-1098T, IL-4 C-590T и IL-4RaA1902G, методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией в 2% агарозном геле. В первую группу вошли 40 реципиентов с артериальной гипертензией и хронической трансплантационной нефропатией, во вторую группу – 58 реципиентов с неосложненным посттрансплантационным периодом. Отличия в распределении аллелей между группами были проанализированы с использованием двустороннего точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение. Исследование не выявило статистически значимых отличий между группами в распределении полиморфных вариантов гена IL-4. Было показано, что полиморфный аллель G гена IL-4Ra в локусе 1902 значимо чаще встречался у реципиентов без осложнений. Гетерозиготный генотип AG был выявлен у большего числа пациентов без осложнений, в сравнении с группой с артериальной гипертензией и хронической нефропатией трансплантата, что может свидетельствовать о протективной роли аллеля G. В то же время, генотип AA по данному локусу значимо чаще определялся у реципиентов с осложненным посттрансплантационным периодом.

Выводы: Исследованные аллельные варианты гена IL-4 не связаны с развитием посттрансплантационных осложнений у реципиентов почки сартериальной гипертензией. Аллель G гена IL-4Ra в локусе 1902 ассоциирован с неосложненным течением посттрансплантационного периода у реципиентов почки.

Гурджиева А.Ю., Шмидт А.А., Иванов А.М., Бескровный С.В., Беженарь Ф.В

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МО РФ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Ретроспективный анализ отчетов Главных гинекологов военных округов и флотов РФ за период с 2013 по 2014 гг. свидетельствует о низкой эффективности профилактической работы акушерско-гинекологической службы, что прежде всего выражается в недостаточном охвате диспансеризацией военнослужащих женского пола. В 2014 году диспансеризацией было охвачено 23,7% военнослужащих женского пола, в 2013г. – 23,3%. Данные показатели во многом определены труднодоступностью специализированной гинекологической помощи ввиду отдаленности гарнизонов и отсутствия плановых выездов специалистов в войсковые части.

Статистические данные, представленные в ежегодных отчетах Главного гинеколога МО РФ, указывают на ежегодное увеличение количества военнослужащих женского пола с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями половых органов. Так, в 2011, 2012, 2013, 2014 гг. пациентки с данной патологией составили соответственно 36,2%, 38,3%, 42,3%, 52,9% от общего числа стационарных больных. Данная динамика отмечается также на этапе амбулаторно-поликлинической помощи – пациентки с воспалительными заболеваниями женских половых органов составили в 2011г – 39,2%, в 2012г.– 49,2%, в 2013г. – 39,2%, в 2014г. – 45,2% от общего числа первичных обращений.

Приведенные статистические данные особенно примечательны в отношении репродуктивного здоровья, так как воспалительные заболевания половых органов являются одним из основных этиологических факторов, предрасполагающих к бесплодию. По данным ежегодного социально-гигиенического мониторинга в период с 2010 по 2013 годы количество семей военнослужащих, не имеющих детей, увеличилось с 16% до 23%, что значительно выше средне популяционного значения, составляющего около15%.

В настоящий момент, ввиду актуальности вышеизложенной проблемы, в целях профилактики воспалительных гинекологических заболеваний в различных условиях военно-профессиональной деятельности,в соответствии с распоряжением Начальника Главного Военно-медицинского Управления МО РФ, на базе клиники акушерства и гинекологии ВМедА им.С.М.Кирова разрабатываются различные модификации индивидуальных гигиенических комплектов для военнослужащих женского пола МО РФ (далее – ИГК), включающие перечень средств личной гигиены, а также средств профилактики, самодиагностики и лечения ряда воспалительных и дисбиотических заболеваний половых органов.

Наряду с разработкой ИГК не теряет своей актуальности комплекс мероприятий по совершенствованию первичной и вторичной профилактики гинекологических заболеваний направленный на:

- формирование здорового образа жизнипосредством санитарно-гигиенического просвещения военнослужащих женского пола и пропаганды медицинских знаний о принципах профилактики гинекологических заболеваний и нежелательной беременности;
- повышение охвата и расширение объема диспансеризации военнослужащих женского пола с целью соблюдения своевременностии повышения эффективности диагностики гинекологических заболеваний;
- повышение доступности специализированной (акушерско-гинекологической) помощи;
- своевременное направление военнослужащих-женщин на обследование и лечение в специализированные подразделения военно-медицинских организаций МО РФ или в медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Таким образом, вышеперечисленный комплекс профилактических мероприятий, включающий разработку ИГК, направлен не только на сохранение репродуктивного

здоровья, но и на создание надлежащие условий военно-профессиональной деятельности и, следовательно,повышение боеспособность подразделений, имеющих в своем составе военнослужащих женского пола.

Гурджиева А.Ю., Шмидт А.А., Иванов А.М., Бескровный С.В., Беженарь Ф.В

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ КУРСАНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ВЫСШИХ ВОЕННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ МО РФ, ДИСЛОЦИРУЮЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГАРНИЗОНА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

При анализе ежегодных отчетов Главного гинеколога МО РФ и результатов диспансеризации курсантов женского пола ряда высших военно-образовательных организаций МО РФ (далее – ВВОО), дислоцирующихся на территории Санкт-Петербургского гарнизона, в структуре общей гинекологической патологии военнослужащих, выявлена тенденция к повышению уровня гинекологической заболеваемости, в особенности патологии воспалительного генеза.Полученные данныеза период с 2010 по 2015гг. свидетельствует о росте воспалительных и дисбиотических заболеваний в структуре общей гинекологической патологии в среднем на 1,7% в год, а также о повышении удельного веса воспалительных заболеваний (в особенности влагалища) с 20,1% до 30,2%.

Учитывая данную динамику, в интересах повышения информативности диагностических мероприятий, в целях своевременного выявления патологии и повышения эффективности лечения, с 2015 года по настоящее время в перечень исследований, предусмотренных диспансеризацией курсантов женского пола проводимой на базе клиники акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии, дополнительно включено определение кислотности отделяемого влагалища, бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (с определением чувствительности к антибиотикам), полимеразная цепная реакция с детекцией результатов в режиме реального времени (далее - ПЦР-РВ) на инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (далее - ИППП).

В результате расширенного обследования 380 курсантов женского пола ВВОО в возрасте от 18 до 22 лет, у 58,3% обследуемых диагностированы мочеполовые инфекционные заболевания, преимущественное большинство которых обусловлено микст инфекцией.ИППП выявлены у 9,8% обследуемых, в большинстве случаев заболевание обусловлено папилломавирусной инфекции (9,1%) в сочетании с микоплазменной урогенитальной инфекцией (5,5%).Социально значимые заболевания диагностированы у трех обследуемых: в двух случаях - урогенитальный хламидиоз, в одном случае – сочетание урогенитального хламидиоза с урогенитальной гонококковой инфекцией. Мочеполовые инфекционные заболевания, обусловленные условно-патогенной микрофлорой – воспалительные и дисбиотические заболевания влагалища, выявлены у 48,5% обследуемых: неспецифический вагинит диагностирован в 21,1% случаев; микотический вагинит - в 13,2% случаев (заболевание обусловлено грибами рода Candida, в основном вида Albicans, в шести случаях – вида Glabrata, в четырех – вида Krusei); бактериальный вагиноз - в 14,2% случаев;

При ретроспективном сравнительном анализе уровня воспалительных и дисбиотических заболеваний влагалища, в одной и той же группе обследуемых, проходящих диспансеризацию в 2013-2014 годах, отмечено, что, несмотря на проведенное лечение, при контрольных исследованиях у 23,5% пациенток сохраняется ранее выявленная патология. Проведя аналогичный анализ в 2015 году, в результате постановки диагноза на основании, в том числе, данных расширенной лабораторной диагностики, и подобранной, непосредственно с учетом возбудителя, этиотропной терапии, контрольные исследования

указали на эффективность проведенного лечения – лишь у 2,7% сохранились ранее выявленные заболевания.

Таким образом, полученные результаты указывают на актуальность включения дополнительных исследований (определение кислотности отделяемого влагалища; бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам; ПЦР-РВ на ИППППП) в перечень диагностических мероприятий, предусмотренных диспансеризацией (углубленным медицинским обследованием) курсантов женского пола в целяхсоблюдения своевременности и повышения информативности диагностики мочеполовых инфекционных заболеваний, в интересах повышения эффективность их лечения.

Гусев Р.В., Каримова А.М., Чудаков С.В., Бекмухаметов А.Ф.

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ «ГРИППОЛ ПЛЮС»

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Внебольничная пневмония (ВП) занимает первое место в структуре заболеваний органов дыхания. По данным ежегодного отчета ГВМУ заболеваемость ВП среди военнослужащих по призыву за последние 3 года составила от 55,5‰ до 62,7‰. Формировании воинских коллективов сопровождается профилактической вакцинацией, что зачастую сопровождается увеличением заболеваемости ВП.

Целью исследования явилось установление связи возникновения осложнений ВП у военнослужащих по призыву с применением вакцины «Гриппол плюс».

С целью оценки влияния вакцинации были изучены две группы пациентов заболевших ВП, одна из которых представляла собой пациентов вакцинированных (n=44), другая – не получавших вакцину «Гриппол плюс» (n=64).

В группе непривитых военнослужащих с ВП тяжелого течения диагностировано 3 случая инфекционно-токсического шока и плеврита (в 9,6% случаев), 2 случая миокардита (6,4%), и у одного пациента развился нефрит (3,2 %). В группе привитых с ВП тяжелого течения был зафиксирован 1 случай развития плеврита. В группе военнослужащих с ВП нетяжелого течения осложнение (плеврит) было диагностировано только у непривитых военнослужащих. Суммарно частота возникновения осложнений у непривитых пациентовв группе ВП нетяжёлого течения составила 3,0%, а при ВП тяжёлого течения достигала 28,8%, достоверно превышая аналогичные показатели у привитых военнослужащих ($p<0,05$).

Таким образом установлено, что в группе пациентов, не получивших специфическую профилактику вакциной «Гриппол плюс», чаще наблюдались осложнения ВП в виде инфекционно-токсического шока, плеврита, миокардита и нефрита.

Полученные данные говорят в пользу вакцинации против гриппа с целью предотвращения развития осложнений у заболевших внебольничной пневмонией пациентов.

Гусева О.И., Тихенко В.В.

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОДИТЕЛЯМ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Москва, Государственный научный центр Российской Федерации — Институт медико-биологических проблем Российской академии наук;

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Аддиктивное поведение, ассоциированное с употреблением наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ), чрезвычайно распространено в Российской Федерации (РФ). Так, количество лиц, эпизодически потребляющих только наркотики, оценивается составляет 5 млн. человек.Количество лиц, реализующих аддиктивное поведение через употребление алкоголя в РФ, на порядок выше. Особую опасность вызывает тот факт, что человек с аддиктивным поведением не в состоянии его контролировать и, соответственно, он не может предугадать возникновение аддиктивного поведения, его продолжительность и окончание. Все это приводит к деструктивным последствиям, которые часто направлены на нарушение социальных норм (правовых, морально-этических, культурных и др.). Так, лица с аддиктивным поведением, ассоциированным с НСПВ, часто становятся участниками дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Правительство РФ, предпринимает попытки на законодательном уровне сократить число таких ДТП. Для этого были усилены меры по выявлению водителей, находящихся за рулем транспортного средства (ТС) в состоянии опьянения, установлен абсолютный перечень медицинских противопоказаний к управлению ТС, усилены требования к состоянию здоровья водителей-профессионалов.

С целью исследования эффективности проводимых законодательных мероприятий проанализированы данные федерального статистического наблюдения по динамике выявления лиц, управлявших ТСв состоянии опьянения.

Результаты и их обсуждение: увеличение контингента освидетельствуемыхводителей на состояние наркотического и алкогольного опьянения привело к росту в 2014 г. по сравнению с 2013 г. показателей выявления ДТП с участием «пьяных водителей»на 26,1 %, на 47,8% погибших в этих ДТП и на 19,9% пострадавших. По данным МВД России, за январь – декабрь 2015 г.на 6,7 % увеличилось число ДТП по вине «пьяных» водителей грузовых автомобилей, на 12,3% - «пьяных» водителей автобусов, на 35,3% - «пьяных» водителей трамваев. Особый интерес представляют данные обращаемости к врачу-наркологулиц, совершивших ДТП в состоянии наркотического или алкогольного опьянения. Было установлено, что большинство из них (76%) никогда ранее не обращались за наркологической помощью, не состояли на диспансерном динамическом учете и на момент совершения ДТП не страдали наркологическим заболеванием. При этом, 83% из них совершали повторные ДТП в состоянии опьянения.

Это свидетельствуето том, что водители с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ, составляют значительную часть участников ДТП, совершенных в состоянии опьянения. При этом, эти водители не страдают сформированным наркологическим расстройством и, соответственно, на них не распространяются ограничения на право управления ТС. В связи с этим необходимо принять ряд дополнительных законодательных мер, одна из которых - объективизация данных анамнеза кандидатов в водители ТС за счет обеспечения доступа психиатров-наркологов государственных (муниципальных) медицинских организаций к информационным ресурсам МВД России, содержащим сведения о таких лицах. Вторым необходимым шагом является наделение суда правом возлагать на лицо, управлявшее ТС в состоянии опьянения, обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия,

лечение и (или) медицинскую реабилитацию.Аналогичная норма в настоящее время уже применяется в отношении больных наркоманией.

Данцев В.В., Карпущенко В.Г., Мучаидзе Р.Д., Шитов Ю.Н.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Несмотрянасовершенствованиеметодовобследования, проблемараннеговыявлениябольныхтуберкулезомвмедицинскихорганизацияхобщейлечебной сетиостаетсяактуальной.
Смоментапоступлениявобщесоматическиеотделениядоустановлениядиагноза«туберкулез»вс реднемпроходит 2-3 недели, чтоприводиткинфицированиюбольшогоколичестваконтактныхлиц, втомчислемедицинскихработников.

Дляверификацииилегочногоивнелегочноготуберкулезанеобходимообнаружениемикоба ктерийтуберкулеза (МБТ), ихгенетическихмаркеров, атакжесовокупностиморфологическихпризнаковтуберкулезнойгранулемы: казеозногонекроза, эпителиоидныхклеток, гигантскихклетокПирогова-Лангханса.

ДлямедицинскихучрежденийРФминимальныйпереченьобследованиябольногосподозр ениемнатуберкулезустановленПриказомМинистерстваздравоохраненияРФот 15 ноября2012 г. № 932н«Обутвержденииипорядкаоказаниямедицинскойпомощибольнымтуберкулезом». Даннымдокументомвобязательномпорядкерекомендуетсявыполнениерентгенологическогоис следованияоргановгрудной клетки, общегоанализакрови, исследованиямокротынаМБТметодоммикроскопиитрехкратно.

Есливышеперечисленныемероприятиянепозволилиустановитьправильныйдиагноз, целесообразноназначениедополнительныхметодовобследования. Книмотносятся: расширеннаялучеваядиагностика (линейнаятомография, компьютернаятомографияоргановгрудной полостисконтрастированиемилибез, сцинтиграфиялегких); молекулярно-генетическиеметодыобнаруженияспецифическихинеспецифическихинфекционныхагентов; бронхоскопиясбиопсиейилаважемспоследующимцитологическим, гистологическимимикробиологическимисследованием.

Всемпациентампримедленномразрешениипневмонической инфильтрации, наличиивплевральной полостилимфоцитарногоэкссудата, атакжелицам, имеющимостаточныепосттуберкулезные (втомчислеспонтанноизлеченные) изменениявлегких, рекомендуетсяконсультацияфтизиатра.

Вслучаях, когда, несмотрянапроводимыелечебныемероприятия, положительнойрентгенологической динамикидостичьнеудается, аМБТвмокротепримногократномисследованииразличнымиметодаминеопределяются, установитьправильныйдиагнозпозволяеттолькотерапия ex juvantibus игистологическоеисследованиеполученногоразличнымиметодамибиопсийногоматериала.

ПриказомМинистерстваздравоохраненияРФот 29.12.2014 г. № 951 «Обутвержденииметодическихрекомендацийпосовершенствованиюдиагностикиилечениятуб еркулезаоргановдыхания»обследованиебольныхсподозрениемнатуберкулезпредусматриваетв ыполнениекомпьютернойтомографии, молекулярно-генетическихметодоввыявленияДНКмикобактерийтуберкулеза (МБТ), пробысаллергеномтуберкулезнымрекомбинантным (диаскинтестом)

вусловияхлюбоймуниципальноймедицинскойорганизации,
чтовближайшейперспективепотребуетихсоответствующегооснащения.

Приотсутствиивмедицинскойорганизациивозможностейвыполнениянеобходимыхдиагностическихисследованийнатуберкулезследуетпровестиисследованиявдругихмедицинскихорганизациях, которыерасполагаютвозможностямидлякачественнойдиагностикитуберкулеза.

Демко А.Е.(1,2), Суров Д.А.(2), Бабков О.В.(1), Мартынова Г.А.(1), Святненко А.В.(1), Осипов А.В.(1,2), Унгурян В.М.(1), Безмозгин Б.Г.(1)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ

г. Санкт-Петербург, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (1),

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (2).

В настоящее время убедительные результаты мультицентровых масштабных и хорошо организованных исследований позволили сформулировать достаточно четкие клинические рекомендации в отношении выбора метода декомпрессии в зависимости от особенностей конкретной клинической ситуации. (Edward C.S. Lai, 1992; ГальперинЭ.И., 2008 г.; Chia Sing Ho, Andrew E Warkentin, 2012 г.).Однако, несмотря на вполне определенные тактические подходы, предложенные рекомендации не могут быть прямо экстраполированы в практику неотложной хирургии (Ившин В.Г., 1996; Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis, 2013 г.).

С целью определения оптимальных сроков и методов хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи (СМЖ) проанализирован опыт диагностики и лечения 272 пациентов, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2012 – 2015 г. с механической желтухой опухолевой (28,7%) и неопухолевой (71,3%) этиологии. Всем пациентам с СМЖ при поступлении производилась оценка тяжести состояния по TokioGuidelinessTG13 (2013). С целью внутригоспитальной маршрутизации пациенты были разделены на 4 группы: 1 - больные с неосложненной механической желтухой n=126 (45,8%), 2 – пациенты с острым холангитом (GradeI по TG13) n=26 (10,2%), 3 - с билиарным сепсисом (GradeII по TG13) n=85 (30,6%) и 4 – с тяжелым абдоминальным сепсисом n=35 (13,4%) (Grade III по TG13). Всех пациентов с «билиарным (в т.ч. тяжелым) сепсисом» госпитализировали в отделение хирургической (септической) реанимации, при этом оптимальные срок декомпрессии являлся - 6 и 12 ч. соответственно. Больные с острым холангитом получали лечение в условиях хирургического отделения и сроки декомпрессии составили не более 48 ч. У больных с неосложненной формой СМЖ предоперационный период составил более 48 ч. У данной категории больных использовалась двухэтапная тактика лечения. На первом этапе выполняли временную наружную или внутреннюю декомпрессию билиарных путей, а на втором этапе, после ликвидации механической желтухи, старались устранить причину вызвавшую механическую желтуху. На первом этапе, наиболее часто n=129 (47,2%) декомпрессия билиарных путей осуществлялась ретроградными способами. Антеградные вмешательства имели место в 22,8% наблюдений (n=63). На долю эндохирургических и традиционных способов приходилось 21,1% (n=57) и 7,9 % (n=23) соответственно. На втором этапе выполнялись как радикальные, так и паллиативные операции. Из радикальных методов чаще всего выполнялось ЭПСТ (n=89); панкреатодуоденальная резекция (n=25). Паллиативные вмешательства: холецистоеюностомия (n=17); холедохоеюностомия (n=9).

Таким образом, наиболее предпочтительным способом билиарной декомпрессии при билиарном в (т.ч. тяжелом) сепсисе являются антеградные операции. Преимущество таких вмешательств: высокая эффективность у больных вне зависимости от уровня билиарного блока, низкая частота послеоперационных осложнений (20,8%). При данном виде оперативного вмешательства отмечаются удовлетворительные показатели летальности

(7,8%). Процедура может производится под местной анестезией, что имеет большие преимущества у больных с тяжелым преморбидным фоном, при тяжелом течении заболевания. Таким образом, в основе лечебно-диагностической тактики оказания хирургической помощи больным с синдромом механической желтухи лежит принцип ранней объективной и доступной (простой) оценки степени выраженности органной дисфункции, определяющей особенности внутрибольничной маршрутизации и сроков билиарной декомпрессии.

Дзидзава И.И., Тулупов А.Н., Попов В.И., Баринов О.В., Фуфаев Е.Е., Попова Т.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Этиология острых гнойно-деструктивных заболеваний легких за последние десятилетия претерпела определенные изменения.

Важная роль в развитии острых инфекционных деструкций легких принадлежит условно патогенной грамотрицательной микрофлоре и стафилококку. В наших исследованиях выделение этих бактерий в высоких диагностических концентрациях во многом коррелируют с гангренозным характером острых деструкций легких и тяжелым течением заболевания. При исследовании гноя из такого очага деструкции грамотрицательная микробная флора обнаружена нами в 28,9% и стафилококк в 24,9%.

Бактериологическое исследование проведено у 23 больных острыми абсцессами легких с применением аэробной и в 21 – строгой анаэробной техники. В результате его у 10 пациентов была обнаружена только аэробная микрофлора, а у 13 - наряду с аэробами и факультативно анаэробные микроорганизмы - также строгие анаэробные бактерии. Стерильных посевов не было. Аналогичные исследования были проведены у 5 больных гангреной легкого и 10 пациентов ограниченной гангреной легкого. У обследованных пациентов гангреной легких бактериологически было выделено 116 штаммов микроорганизмов. В полостях гнилостных деструкций легких чаще всего обнаруживались аэробные и анаэробные грамотрицательные палочки и аэробные грамположительные кокки.

Таким образом, анализ полученных нами данных свидетельствует о том, что при абсцессе легкого важная роль принадлежит пневмококку, стафилококку и аэробным грамотрицательным микроорганизмам, а при гангрене легкого также неспорообразующей анаэробной микрофлоре.

Дзидзава И.И.[2],.Котив Б.Н[2], Гладышев Д.В.[1.2], Шелегетов Д.С.[2],Коваленко С.А.[1], Моисеев М.Е.[1], Гнедаш С.С.[1]

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОГИЙ

СПб ГБУЗ «Городская больница №40», Санкт-Петербург, г.Сестрорецк, Россия[1]

ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова МО РФ[2]

В последние десятилетия был достигнут существенный прогресс в лечении колоректального рака (КРР). Малоинвазивная хирургия (в том числе робот-ассистированная) стремительно завоевывает широкое признание в лечении рака данной локализации. Сегодня, роботизированная хирургия является революционной технологией, которая открывает качественно новый этап в развитии хирургии 21-го века. В настоящее время в мире выполнено более 2 млн. оперативных вмешательств на толстой кишке с использованием

роботизированного хирургического комплекса «Да Винчи». К данному моменту накопилось достаточно большое количество одноцентровых исследований, сравнивающих лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства при раке различных отделов ободочной кишки по краткосрочным и долгосрочным результатам лечения, которые показывают их эффективность и безопасность. Современную колоректальную хирургию уже невозможно представить без новейших технологий, использование которых напрямую влияет на качество жизни больныхпосле операции.

Цель нашего исследования провести сравнительный анализ непосредственных результатов лапароскопических и робот-ассистированных операций выполненных в период с 2013 по 2015 год в СПб ГБУЗ «Городская больница №40» по поводу рака различных отделов ободочной кишки.

В период с января 2013 года по февраль 2015 года в ГБ №40 г.Сестрорецк было выполнено 104 робот – ассистированные операции по поводу КРР. В данное исследование включен анализ историй болезни 113 пациентов подвергшихся эндовидеохирургическому оперативному лечению рака ободочной кишки,из них 59 пациентам выполнены лапароскопические и лапароскопически-ассистированные операции и 54 пациентам – робот-ассистированные операциина роботизированном комплексе «daVinciSiHD».

Мужчин было 48, женщин – 65.Возраст пациентов от 36 до 88лет. ИМТ от 17,8 до 37,9. Все операции были выполнены по поводу аденокарциномы различной степени дифференцировки.Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: левосторонняя гемиколэктомия – 10 (5 робот-ассистированных), правосторонняя гемиколэктомия – 42 (21 робот-ассистированная), резекция сигмовидной кишки – 58 (27 робот-ассистированных) и субтотальных колэктомий – 3 (1 робот-ассистированная).

Оперативная техника включает медиально-латеральную мобилизацию кишки с высокой перевязкой питающих сосудов. В большинстве случаев при мобилизации нисходящей ободочной кишки выполнялась мобилизация селезеночного изгиба. Всем пациентам выполнялась стандартная лимфодиссекция с перевязкой питающей артерии у устья с включением в удаляемый препарат апикальных лимфатических узлов. Удаление препарата осуществлялось через минилапаротомный разрез. Формирование анастомоза при выполнении правосторонней гемиколэктомии осуществлялось экстракорпорально однорядным непрерывным швом викрилом или линейными сшивающими аппаратами. При левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки при помощи циркулярного сшивающего аппарата.

Непосредственные послеоперационные и онкологические результаты: средняя продолжительность оперативного вмешательства (в минутах) в группе роботических операций составила 180±3,9, а в группе лапапароскопических 161,1±6,6. Объем интраоперационной кровопотери составил в группе роботических операций 70,7±5,2 мл, а в группе лапапароскопических 71,9±7,5 мл. Продолжительность пребывания в стационаре составляла от 5 до 15 дней. Благодаря использованию эпидуральной блокады восстановление перистальтики в обеих группах отмечалось с 1 суток после операции в 90 % случаев. Средний срок начала перорального питания (дни) составил 1,4. Восстановление моторики толстой кишки и отхождение газов (дни) – 1,6.Количество удаляемых лимфатических узлов 12,9±0,3 в роботической группе и 13,6±0,3 в группе традиционных лапароскопических операций. В группе робот-ассистированных операцийпослеоперационные осложнения отмечены в четырех случаях: 2 – несостоятельность сигморектоанастомозаи 2 – ранняя послеоперационная спаечная тонкокишечная непроходимость. В группе лапароскопических операций послеоперационные осложнения отмечены в трех случаях: 2 – несостоятельность сигморектоанастомозаи 1 – ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, в обеих группах по поводу возникших осложнений выполнены повторные операции.

Летальных исходов зафиксировано не было.

Преимущества роботизированного хирургического комплекса, такие как: высокая четкость визуализации в формате 3D, значительные манипуляционные преимущества

роботических инструментов, а также комфортное положение хирурга за консолью управления позволяют выполнять все манипуляции с большей долей безопасности и точности по сравнению с традиционной лапароскопической техникой. Вместе с тем, продолжительность выполнения робот-ассистированных операций по поводу рака ободочной кишки была в среднем на 36 минут больше, чем при обычных лапароскопических операциях, непосредственные послеоперационные и онкологические результаты при выполнении робот-ассистированных и традиционных лапароскопических операций значимо не отличались. Необходимо проведение дальнейших исследований для оценки преимуществ и недостатков операций на ободочной кишке с применением роботизированного хирургического комплекса также необходимо проведение медико-экономического анализа применения данного комплекса с целью определения рентабельности его использования в лечении рака ободочной кишки.

Дзидзава И.И.[1], Котив Б.Н.[1], Фуфаев Е.Е.[1], Дмитроченко И.В.[1], Бардаков С.Н.[2,3], Соколов А.А.[2]

ВОЗМОЖНОСТИ КАСКАДНОЙ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С МИАСТЕНИЕЙ

[1]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра госпитальной хирургии.

[2]г. Санкт-Петербург,Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нефрологии и эфферентной терапии.

[3]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней.

Миастения – аутоиммунное заболевание, опосредованное выработкой аутоантител к структурам нервно-мышечного синапса и интрацеллюлярным белками мышечных волокон. Патологические изменения тимуса (гиперплазия, тимома) характерны для миастении с ранним началом и миастении ассоциированной с тимомой. Тимэктомия достоверно улучшает течение этих форм миастении. Между тем, в медицинском сообществе нет общепринятого алгоритма предоперационной подготовки и адекватных критериев оценки готовности пациентов с миастенией к оперативному лечению с минимизацией риска декомпенсациеи нервно-мышечной проводимости в интра/послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучить особенности течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания пациентов в ОРИТ (дни) и длительность ИВЛ (часы) у пациентов с генерализованной миастенией в зависимости от способа предоперационной подготовки.

Материалы и методы. Проанализированы данные 25 историй болезни пациентов, оперированных в клинике госпитальной хирургии в период с 2006 по 2015 гг. Показанием к операции являлась генерализованная миастения ассоциированной с тимомой или гиперплазией тимуса. Выборку составили 16 (64%) мужчин и 9 (36%) женщин, в возрасте от 25 до 76 лет. Всем пациентам вмешательство выполнено из торакоскопического доступа: у 16 (64%) – из правостороннего, у 8 (32%) – из левостороннего, у 1 (4%) – из двустороннего доступа. По результатам гистологического и иммуногистохимического исследований биоптатов тимуса в 17 (68%) случаях диагностирована тимома, в 5 (24%) – гиперплазия тимуса, в 2 (8%) – киста вилочковой железы. По клиническим проявлениям миастении все пациенты разделены на две сопоставимые группы. В первой группе (n=20) основу предоперационной подготовки составили глюкокортикоиды (0,5-1 мг/кг) и ингибиторы ацетилхолинэстеразы (Калимин – 180-420 мг/сут). У пациентов второй группы (n=5), терапевтическое лечение дополнялось двумя процедурами каскадной плазмофильтрации на

аппарате OctaNova с фракционатором плазмы «Cascadeflo EC20» («Asahi», Япония) и объем эксфузии 80% ОЦК.

Результаты исследования. В первой группе длительность пребывания в ОРИТ составила 3,2 [1;18] суток, а продолжительность ИВЛ – 47,9 [1,15;420] часа. Во второй группе сроки пребывания в палате интенсивной терапии колебались от 1 до 4 дней, медиана 1,6, ИВЛ – от 0 до 4 часов, медиана 2,2. В первой группе послеоперационный период характеризовался наличием дыхательной недостаточности I-II степени у 9 (45%) пациентов; у 2 (10%) развился миастенический криз. Во второй группе пациентов осложнений не выявлено.

Заключение: включение каскадной плазмофильтрации в алгоритм предоперационной подготовки больных с генерализованной миастенией может способствовать улучшению течения послеоперационного периода и снижению риска осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Диденко В.И., Один В.И., Аганов С.Э.

ГОРМОНОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕСТОСТЕРОНОМ И СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Актуальность. Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) являются основной причиной обращения к урологу у лиц старшего возраста.

Цель: оценить возможности гормон-заместительной терапии (ГЗТ) тестостероном в коррекции выраженности СНМП.

Материалы и методы. Всего обследовано 15 лиц старшего возраста (средний возраст 61,54±3,58). Степень выраженности СНМП определяли по шкале IPSS. Степень возрастного андрогенного дефицита (ВАД) определяли по анкете AMS. Степень выраженности эректильной дисфункции (ЭД) определяли по анкете МИЭФ-5. Содержание в крови общего тестостерона определяли хемолюминисцентным методом. Для ГЗТ использовали препарат андрогель по 5 г. ежедневно накожно, в течение одного месяца.

Результаты: Выраженность СНМП у обследованных лиц составила 10,08±2,33 баллов, что соответствует умеренной симптоматике. Величина ВАД составила 41,08±3,21 баллов, что соответствовало средней выраженности. Степень ЭД составила 14,23±1,52 баллов, что соответствовало средней степени. Уровень общего тестостерона в крови составил 10,87±1,1нмоль/л.

Проведенный корреляционной анализ показал наличие достоверной положительной корреляции между СНМП и ВАД($r=+0,59$, $p<0,05$).

После проведенного лечения выраженность СНМП снизилась до легкой симптоматики ($p<0,05$). Величина ВАД стала соответствовать слабой выраженности ($p<0,05$). Степень ЭД стала соответствовать легкой степени ($p<0,05$) и уровень тестостерона увеличился до14,95±1,2 нмоль/л. ($p<0,05$).

Выводы: выраженность СНМП тесно ассоциировано с выраженностью ВАД и поддается коррекции курсовой терапии трансдермальным препаратом тестостерона.

Днов К.В., Рутковская Н.Н.

РАННИЙ ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

При тренде к снижению среднестатистических показателей суицидов в последние годы (различия между ними на региональном уровне, однако, превышают два порядка), среди умерших россиян в 2009 г. было 1,9% самоубийц, то есть каждый пятидесятый гражданин уходил из жизни добровольно, каждые 14 минут. Вопрос о значении влияния психического здоровья на суицидальное поведение до сих пор остаётся дискутабельным (Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., 2007). В настоящее время установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем, причём особенно угрожаемым является период ближайшего года (Старшенбаум Г.В., 2005). В связи с этим целью исследования стало определение и оценка особенностей психического здоровья и суицидального поведения у пациентов с различными типами постсуицидального периода.

Нами было обследовано 139 пациентов психиатрической больницы (64 мужчины и 75 женщины), проходивших лечение после совершения ими суицидальной попытки. Средний возраст пациентов составил 46,5±10,5 лет. Учитывая значительные отличия суицидального поведения у лиц с процессуальными психическими заболеваниями, пациенты с процессуальными психическими заболеваниями в группу обследования не входили. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко (1989).

Результаты обследования: у большинства обследованных нами пациентов (29,5%, n=41) были диагностированы психические расстройства из группы «органических, включая симптоматические, психических расстройств» (F00-F09), на втором месте по частоте – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%, n=28). Из особенностей характерных нозологических форм среди обследованных лиц с различным типом постсуицидального периода следует отметить, что для лиц с манипулятивным постсуицидальным периодом были более характерны (23,7%, n=9) психические расстройства из группы «расстройств личности и поведения в зрелом возрасте» (F60-F69), а у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода чаще всего (30,0%, n=9) – «расстройства настроения» (F30-F39).

Полученные данные дают возможность выделить некоторые прогностические признаки, которые могут оказаться полезны для профилактики суицидальных действий. Так из результатов исследования следует, что наибольший риск завершённого суицида характерен для пациентов с депрессивными нарушениями, а опасность повторных демонстративно-шантажных суицидальных попыток наиболее высока для лиц с расстройствами личности. В то же время следует помнить, что с каждой последующей демонстративно-шантажной суицидальной попыткой, вероятность реализации самоубийства возрастает. Поэтому госпитализация в психиатрический стационар суицидентов с рентными установками вполне оправдана.

Дорохов Г.Ю., Маковеева О.В.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, кафедра госпитальной терапии

Целью исследования явилось изучение распространенности и патогенетической структуры анемического синдрома у пациентов пожилого и старческого возраста, госпитализированных в общетерапевтический стационар.

Обследовано 104 пациента в возрасте от 70 до 90 лет (средний возраст - 80,5±2,4 года.), проходивших лечение в условиях терапевтического отделения СПб ГБУЗ «Госпитальдля ветеранов войн». Среди них было 42 (40,3%) женщины и 62 (59,7%) мужчины. Все больные были распределены на две группы. Первую группу составили 60 (57,7%) больных с верифицированной анемией. Во вторую (контрольную) группу были включены 44 (42,3%) пациента без анемии. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

При сравнительном анализе не получено статистически достоверных различий между группами больных по среднему количеству имеющихся у них заболеваний. В группе пациентов с анемическим синдромом преобладалихроническая железодефицитная анемия (ЖДА)- 31 (51,7%) больных и анемия хронических заболеваний (АХЗ) – 17 (28,3%) больных. Реже выявлялись анемии смешанного характера и В12-дефицитная анемия,соответственно – 8 (13,3%) и 4 (6,6%) больных. Основными причинами развития ЖДА у больных пожилого и старческого возрастабыли скрытые кровотечения из желудочно-кишечного тракта(18 пациентов – 30,0%). У остальных пациентов ЖДА была обусловлена инволютивной мальдигестией, а также алиментарным дефицитом железа (АДЖ) (13 пациентов – 21,6%). Наиболее частыми причинами геморрагических осложнений былиантиагрегантная и антикоагулянтная терапия у больных ИБС, НПВС-индуцированная гастропатия у пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы. У всех больных выявлялись поражения верхних отделов ЖКТ, среди которых большой удельный вес составлялатрофический гастрит.АДЖассоциировался с пониженным питанием и социально-экономическим неблагополучием. АХЗ верифицировалась у пациентов с хронической болезнью почек - 10 (16,7%), онкопатологией - 6 (10%), ревматоидным артритом – 1 (1,6%).

Таким образом,в структуре анемий у пациентов пожилого и старческого возраста преобладают ЖДА и АХЗ. Причинами ЖДА являются геморрагические осложнения терапии антиагрегантами, антикоагулянтами и НПВС, инволютивная мальдигестия, АДЖ. Необходима разработка комплекса мер по профилактике, раннему выявлению и лечению анемии у пожилых пациентов на амбулаторном этапе.

Дроздова А.В., Горбатенкова О.В., Шамова Н.С.*

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОМ НЕЙРОНИТЕ

*г.Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,кафедра нервных болезней, * НИЛ (профессионального психического здоровья) НИО (медико-психологического сопровождения) НИЦ*

Вестибулярныйнейронит является одной из наиболее частых причин остро развившегося периферического головокружения. В нашей клинике имеется опыт наблюдения и лечения таких пациентов.

Для всех пациентов характерным было острое начало заболевания, по времени совпадавшее с переносимой острой респираторной вирусной инфекцией. Диагноз ставился на основании типичных жалоб, характерных вестибулярных симптомов, а также дополнительных инструментальных данных, исключавших какие-либо другие заболевания.

Медикаментозную терапию больные получали в виде вестибулярного супрессанта – бетагистина гидрохлорида 48 мг в сутки, антиоксидантных и вазоактивных препаратов. Особое внимание уделялось проведение вестибулярной реабилитации в виде лечебной гимнастики. В литературе описаны разные подходы в выборе упражнений. Некоторые авторы предлагают применениетолько вестибулярной гимнастики по T. Brandtили T. CawthorneиFCooksey, начинаяс 3-х суток от начала заболевания.Мы придерживались другой тактики проведения процедур лечебной гимнастики, беря за основу главные принципы лечебной физкультуры при построении частных методик.

После стабилизации острого состояния пациента примерно с 3-4 суток от начала заболевания, с целью скорейшего восстановления поврежденного вестибулярного нерва и нормализации вестибулярных и вегетативных функций наряду с медикаментозной терапией проводили лечебную гимнастику. Поскольку основными жалобами пациентов были головокружение, тошнота и рвота, которую провоцировали движения головой и глазами, лечебная гимнастика в остром периоде состояла в основном из динамических упражнений без изменения положения туловища и головы в пространстве, так как известно, что двигательная активность стимулирует и вестибулярную функцию. При отсутствии спонтанного нистагма и тошноты пациент дополнительно выполнял перекаты в постели с фиксированной головой.

По мере нормализации состояния пациента в комплекс гимнастики включали специальные упражнения для тренировки вестибулярной функции. Упражнения с поворотом туловища в постели с фиксированной головой, упражнения с перемещением туловища сидя в горизонтальной и сагиттальной осях без движения головой, повороты головы с фиксацией взора, упражнения в ходьбе, упражнения в статическом и динамическом равновесии.

На заключительном этапе лечения при отсутствии у пациента тошноты и функционально значимой статической атаксии, лечебная гимнастика усложнялась. Применялись упражнения с изменением положения головы и туловища в пространстве в разных плоскостях, движения глазами, упражнения с мячом, в динамическом равновесии различной степени сложности: ходьба по широкой опоре, узкой, ходьба по батуту, с движением руками, с закрытыми глазами. Для каждого пациента составлялся индивидуальный комплекс вестибулярной гимнастики в зависимости от особенностей течения болезни, которую пациент выполнял самостоятельно три раза в день.

Таким образом, лечебная гимнастика при вестибулярном нейроните играет важную роль в лечении больных, способствуя быстрейшему восстановления вестибулярного нерва и формированию компенсаторных функций. А индивидуально составленный комплекс упражнений для каждого пациента повышал мотивацию в реабилитации.

Дынин П.С., Юрин А.А., Литвиненко И.В., Атаяр К.Р.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Помимоклассических моторных симптомов (гипокинезия, тремор покоя, ригидность и постуральные нарушения) когнитивные нарушения являются неотьемлимой составной частью клинической картины болезни Паркинсона (БП) на развернутых и особенно поздних стадиях заболевания.

В основе развития когнитивных нарушений у пациентов с БП лежит нарушение дофаминергического обмена головного мозга, что приводит к снижению активации определенных отделов коры.Кроме того, имеют значение повреждение дофаминергических нейронов медиальной части черной субстанции и дофаминергических нейронов вентральной части покрышки среднего мозга, формирующих мезокортикальный путь, норадренергических нейронов в голубом пятне, холинергических нейронов в базальном ядре Мейнерта и коре головного мозга.

На начальных этапах развития БП выражается в появлении неспецифических нейродинамических нарушений, таких как повышенная истощаемость психических процессов, памяти, внимания, снижении темпа мыслительных операций. В дальнейшем наблюдается снижение способности к запоминанию и воспроизведению материала: больным сложно воспроизводить последовательность действий по образцу, т.е. отмечается нарушение процедурной (имплицитной) памяти, связанной с функцией стриатума. Установлено, что когнитивные нарушения при БП в большинстве случаев носят прогрессирующий характер,

преимущественно за счет нарастания выраженности дизрегуляторных и нейродинамических расстройств, нарушений зрительно-пространственных функций и, в части случаев, недостаточности номинативной функции речи. Чем тяжелее стадия БП, тем более выражено будут проявляться когнитивные нарушения. С прогрессированием заболевания у многих пациентов отмечается усиление степени нарушения когнитивных функций, в большинстве случаев достигая уровня деменции.

Таким образом, своевременное выявление когнитивных нарушений, анализ механизмов их развития при БП, выявление предикторов данной симптоматики на ранних стадиях заболевания и назначение соответствующей терапии играют важную роль в улучшении трудоспособности и качества жизни пациентов.

Дынин П.С., Юрин А.А., Литвиненко И.В., Атаяр К.Р.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Зрительные и зрительно-пространственные нарушения являются одним из неблагоприятных для жизни пациента проявлений болезни Паркинсона (БП), наряду с рядом других немоторных симптомов данного заболевания. Рядом авторов установлено, что зрительно-пространственные нарушения, в особенности галлюцинации, имеют предикторную ценность относительно развития когнитивных нарушений, вплоть до деменции. Это обуславливает целесообразность раннего выявления признаков нарушения зрительно-пространственного восприятия у пациентов с БП.

Был обследован 91 пациент с установленным диагнозом болезнь Паркинсона. Средний возраст составил 64,44±5,52 лет. Стадия заболевания у пациентов составляла от 2,0 до 4,0 по Хен и Яру. Из группы исключались пациенты с наличием значимой неврологической (перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения) и офтальмологической патологии (глаукома, возрастная макулодегенерация, ретиношизис, ретинальные кисты и др.), за исключением начальной возрастной катаракты. Для выявления зрительно-пространственных и когнитивных нарушений применялось комплексное клинико-нейропсихологическое тестирование с использованием специальных тестов (MMSE, FAB, Поппельрейтера, Равена, Готтшальдта).

На основании проведенного тестирования зрительно-пространственные нарушения были выявлены у 40 пациентов из обследованной группы, что составило 43,9%. Когнитивные нарушения выявлялись у 46 пациентов (48,2%).Группу без наличия когнитивных и зрительных нарушений (1) составили 23 человека (25,3%), группу с наличием когнитивных нарушений(2) – 28 человек (30,7%), группу с наличием когнитивных нарушений(3) – 22 человека (24,2%), группу с наличием когнитивных и зрительных нарушений(4) – 18 человек (19,8%). Пациентам с выявленными когнитивными и зрительно-пространственными нарушениями была скорректирована терапия. Выраженность исследуемых немоторных симптомов также имела взаимосвязь с прогрессированием моторного дефицита. Общая характеристика исследованных групп представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика исследуемых групп пациентов с БП

Характеристика	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Количество	23	28	22	18
Пол				

М Ж	19 4	18 10	16 6	13 5
Возраст(m±sd)	61,13±5, 10	66,14±5, 52	62,55±4, 67	68,55±3, 40
Хен и Яр 2 2,5 3 4	 8 11 4 -	 7 14 7 -	 2 9 10 1	 - 1 15 2

Таким образом, применение комплексного нейропсихологического тестирования способствует своевременному выявлению зрительно-пространственных и когнитивных нарушений у пациентов с БП, назначению адекватной терапии и своевременной её корректировке.

Дьячекно Е.А., Гуляев Н.И.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Изучена частота и характер сердечно-сосудистых событий у перенесших острый инфаркт миокарда по данным амбулаторного 5-летнего наблюдения после выписки из стационара.Под наблюдением было 107 лиц, перенесших инфаркт миокарда (муж. – 83 чел., жен. – 24 чел.) трудоспособного возраста (средний возраст: муж. – 52,2 года; жен. – 50,6 лет). В анамнезе перенесенный ранее инфаркт миокарда у 16 пациентов (14,9 %), стенокардия напряжения у 42 пациентов (39,2%). У 82 пациентов (80,4%) инфаркт развился на фоне гипертонической болезни,у 23 (21,4%) — на фоне сахарного диабета 2-го типа, у 81 на фоне дислипидемии (75,7%).Табакокурение отмечали 78 лиц (72,9%).

В остром периоде наиболее значимыми были осложнения: аневризма левого желудочка (30,8%), постинфарктная стенокардия (33,6%), отек легких (7,4%), кардиогенный шок (5,6%).

За 5-летний период наблюдения 31 (28,9%) пациент повторно находился на стационарном лечении по поводу прогрессирования симптомов коронарной недостаточности, а 17 пациентов (15,8%) перенесли повторный инфаркт миокарда. Каждому четвертому пациенту (26 чел – 24,3%) за 5-летний период была произведена чрезкожная или хирургическая реваскуляризация.

Годичная выживаемость после перенесенного инфаркта миокарда составляет 71,9%, пятилетняя – 52,3%. Она была выше среди пациентов, которым была произведена чрезкожнаяреваскуляризация.

Основными причинами негладкого течения реконвалесцентного периода, повлекших к смерти были многососудистое поражение коронарных артерий, формирование аневризмы левого желудочка, низкая приверженность к дислипидимической терапии.

Егорова Е.Н., Вавилова Т.В.[2]

АКТИВНОСТЬ ФАКТОРА VIII У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

[1] *ФГБВОУВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ;*

[2]*Санкт-Петербург, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» М3 РФ*

Цель исследования: оценить активность фактора VIII и ассоциированные с ним лабораторные показатели у больных с заболеваниями щитовидной железы.

Материал и методы. В исследование включено 68 пациентов, находившихся на лечении в 1 клинике (терапии усовершенствования врачей) имени профессора Н.С. Молчанова Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, в период с 2011 по 2013 годы. По функциональному состоянию щитовидной железы все пациенты были разделены на три группы. Основная группа - 31 больной аутоиммунным тиреоидитом с гипотиреозом (23 женщины и 8 мужчин, средний возраст 47,6±Ю,6 лет). Уровень ТТГ у этих пациентов составил 4,3 (3,4; 12,7) мкМЕ/мл, Т4 своб. 12,0 (8,3;14,75) пмоль/л, Тз своб. 4,9 (3,9;6,28) пмоль/л, антитела к ТПО 320,0 (85,0;510,0) МЕ/мл. Вторая группа - 17 больных диффузным токсическим зобом с тиреотоксикозом (11 женщин и 6 мужчин), средний возраст 53,5±10,6 лет. Уровень ТТГ составил 0,03 (0,01 ;0,093) мкМЕ/мл, Т4 своб. 24,20 (18,19;30,95) пмоль/л, Тз своб. 7,7 (5,70;8,60) пмоль/л, антитела к ТПО 75,19 (22,20;227,90) МЕ/мл. Третья группа (группа сравнения) - 20 человек в состоянии эутиреоза (узловой эутиреоидный зоб), 14 женщин и 6 мужчин, средний возраст 53,9±9,7 лет. Всем обследованным была выполнена развёрнутая коагулограмма (протромбин по Квику, АПТВ, фибриноген по Клауссу, тромбиновое время, активность антитромбина, плазминогена, фактора VIII, протеина С, протеина S, концентрация антигена фактора Виллебранда, уровень D-димера) на автоматическом анализаторе гемостаза STACompact (Roche, Швейцария) реагентами фирмы DiagnosticaStago/RocheDiagnostics» (Франция). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «SPSS» и с использованием U-критерия Манна - Уитни. Данные представлены в виде медианы и 25% и 75% процентиля [Me(25%; 75%)]. Критический уровень значимости принят за $p<0,017$ (поправка Бонферрони для трёх групп сравнения).

Результаты. У больных гипотиреозом снижена активность фактора VIII 69 (58; 80)% по сравнению с активностью фактора VIII больных эутиреозом 97 (78; 119)% ($p<0,017$), удлинено АПТВ 30 (29; 33) с против 28 (26; 30) с, ($p<0,017$), снижена концентрация антигена фактора Виллебранда 65 (56;79) % против 102 (64; 120)% группы сравнения ($p=0,006$), соответственно. Напротив, гипертиреоидное состояние сопровождалось повышением активности фактора VIII 143 (121; 158)% против активности фактора VIII больных узловым эутиреоидным зобом 97 (78; 119)% ($p=0,001$), повышением концентрации D-димера 0,46 (0,40; 0,54) мкг/мл против 0,39 (0,30; 0,42) мкг/мл ($p<0,017$), соответственно.

Заключение. У больных с дисфункциями щитовидной железы выявлены изменения активности фактора VIII. Уменьшение концентрации антигена фактора Виллебранда, снижение активности фактора VIII, удлинение АПТВ, изменения функциональной активности тромбоцитов у больных гипотиреозом может рассматриваться, как приобретенный синдром Виллебранда, что подтверждается склонностью к кровоточивости. Выявленные изменения у этих пациентов имеют клиническое значение в связи с потенциальным риском формирования геморрагических осложнений при хирургических вмешательствах. При гиперфункции щитовидной железы имеет место формирование гиперкоагуляционного синдрома с увеличением маркеров активации свертывания и риском тромбообразования.

Егорова Е.Н.[1], Вавилова Т.В.[2], Иванов А.М.[1]

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙСИСТЕМЫГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

[1]ФГБВОУВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

[2] Санкт-Петербург, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»

Цель исследования: оценить динамику показателей плазменного звена системы гемостаза у больных аутоиммунным тиреоидитом с гипотиреозом на фоне заместительной гормональной терапии.

Материал и методы: в исследование включено 56человек, из нихосновная группа -31 больной аутоиммунным тиреоидитом с гипотиреозом (23 женщины и 8 мужчин, средний возраст 51,4±10,6 лет),находившихся на лечении в первой клинике (терапии усовершенствования врачей) имени профессора Н.С. Молчанова Военно-медицинской академии имени С.М. Кировав период с 2011 по 2013 годы, и контрольная группа - 25практически здоровых (14 женщин и 11 мужчин, средний возраст 40,2±8,4 лет), не имеющих сопутствующей патологии, влияющей на состояние системы гемостаза, не принимающих антикоагулянтную и антиагрегантную терапию.При поступлении на стационарное лечение уровень ТТГ убольных гипотиреозом составлял 4,3 (3,4;12,7) мкМЕ/мл, T_4 свободный 12,0 (8,3;14,7) пмоль/л, T_3 свободный 4,9 (3,9;6,3) пмоль/л, антитела к ТПО 320,0(85,0;510,0) МЕ/мл. Больным проводилась заместительная терапия L-тироксином в средней дозе 75 мкг.Всем испытуемым была выполнена развёрнутая коагулограмма (протромбин по Квику, АПТВ, фибриноген по Клауссу, тромбиновое время, активность антитромбина, плазминогена, фактора VIII, протеина С, протеина S,уровень D-димера, концентрация антигена фактора Виллебранда) на автоматическом анализаторе гемостаза STACompact (Roche) реагентами фирмы «DiagnosticaStago» при поступлении на лечение и в отдалённые сроки наблюдения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «SPSS» и U-критерия Манна – Уитни. Данные представлены в виде медианы и 25% и 75% процентиля [Me (25%; 75%)]. Критический уровень значимости принят за $p<0,05$.

Результаты. При поступлении на стационарное лечение у больных гипотиреозом значимые изменения выявлены в снижении концентрации антигена фактора Виллебранда 65 (56;79)%по сравнению споказателем практически здоровых 110 (87;122)% ($p<0,05$), снижении активности фактора VIII69 (58;80)% по сравнению с активностью фактора VIIIздоровых лиц 108 (85;117)% ($p<0,05$), удлинении АПТВ 30 (29;33) по сравнениюАПТВ здоровыхиспытуемых27 (26;30) ($p<0,05$), соответственно. На фоне длительной терапии L-тироксином и последовавшей за этим медикаментозной компенсированности гормонального статуса больных гипотиреозом, уровень ТТГ составил 3,2 (2,9;3,8) мкМЕ/мл, T_4своб. 16,7(14,5;17,7) пмоль/л, T_3 своб. 4,9 (4,5;5,9) пмоль/л,выявлено уменьшение АПТВ с 30 (29;33) до 27 (25;32)($p<0,05$), повышение концентрации антигена фактора Виллебранда с 65 (56;79)% до 98 (87;119)% ($p<0,05$), повышение активности фактора VIII с 69 (58;80)% до 106 (93;118)% ($p<0,05$), соответственно.

Заключение.У больных АИТ с гипотиреозом выявлены удлинение АПТВ, снижение активности фактора VIII, уменьшениеконцентрации антигена фактора Виллебранда, что свидетельствует о формировании у них приобретенного синдрома Виллебранда, клинически проявляющегося склонностью к кровоточивости. Коррекция гормонального статуса больных гипотиреозом привела к стабилизации показателей плазменного звена системы гемостаза, что представляется важным в снижении риска геморрагических осложнений у этих пациентов.

ЕмельянцевА.А., ГранкинА.С., Железняк И.С.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ КРИТЕРИЕВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Болезни костно-мышечной системы являются серьезной угрозой здоровью населения. В Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации, по прямым затратам (стоимость медикаментов, амбулаторного обслуживания, стационарного лечения и пенсий по инвалидности) они занимают ведущее место среди других классов заболеваний, составляя 23 % затрат на все болезни. Повреждение плечевого сустава часто приводит к инвалидизации пациентов и снижению уровня их жизни. Поэтому получение полной и своевременной информации о поврежденных структурах имеет огромное значение в плане лечения и прогноза.

Цель. Оценить возможности компьютерной томографии в определении критериев, влияющих на выбор тактики лечения передней нестабильности плеча у военнослужащих, в зависимости от степени повреждений Банкарта и Хилла-Сакса.

Материалы и методы. Проведено обследование плечевых суставов у 25 военнослужащих. Все пациенты имели в анамнезе первичный вывих плеча. Сканирование производилось на компьютерном сканере Aquilion 64 (Toshiba, Япония). Оценка костных структур производилась на поперечных срезах, фронтальных и сагиттальных реконструкциях, а также трехмерных VRT-реконструкциях. Предложена формула критерия К, учитывающая величину дефекта Хилла-Сакса, а также дефекта суставной поверхности лопатки. При К<1пациенту рекомендуется выполнение дополнительного хирургического пособия в виде подшивания сухожилия подостной мышцы в область дефекта головки плечевой кости («реимплиссаж»).

Результаты. В зависимости от полученных результатов пациентам планировались различный объем оперативного вмешательства. В случае повреждения суставной поверхности лопатки меньше 25% поперечного размера пациенту проводилась фиксация хрящевой суставной губы к переднему краю суставной поверхности лопатки («операция Банкарта»), в случае повреждения более 25% пациенту проводилось восстановление дефекта суставной поверхности лопатки костным аутотрансплантантом («операция Латарже-Бристоу»). В случае коэффициента К>1 пациентам не требуется проведения процедура подшивания сухожилия подостной мышцы в область дефекта головки плечевой кости («реимплиссаж»).При КТ-сканировании у 15 пациентов (60%), критерий К был меньше 1, что подразумевает проведение «реимплиссажа». Данные были учтены при планировании операции и подтверждены в ходе хирургического вмешательства.

Выводы: Используемая методика позволяет получить дополнительную информацию, используя стандартные укладки без применения дополнительных приспособлений и введения контрастных веществ.

При использовании данной методики возможно отказаться от проведения динамической артроскопии, как травматичного метода, обладающего склонностью к гиперди-агностике.

Еричев А.Н.[1], Борисов Д.Н.[2], Абрамова И.А.[3]

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ

[1] *Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*
[2] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова*
[3] *Омск, Омский автобронетанковый институт*

Наиболее широкое распространение психообразовательные терапевтические программы получили в клинике психосоматических заболеваний (бронхиальная астма, диабет, сердечно–сосудистые заболевания и т.п.) и различного рода зависимостей, а также в процессе обучения врачей, медицинских психологов, среднего и младшего медицинского персонала, работающих в клинике внутренних болезней. Лишь относительно недавно «психообразование» стало развиваться в современной психиатрии.

Психообразование (psychoeducation) — это занимающая особое место в структуре реабилитационных мероприятий поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.

Одним из компонентов просветительской (информационной) работы является «нормализация» психологических переживаний пациента, для чего врач представляет все его психологические заботы как естественные аспекты жизни эмоционально чувствительного человека. Важно также специально остановиться на вопросе о том, являются ли уникальными обстоятельства, которые в представлении больного составляют основу невыносимой для него и одновременно неразрешимой драматической ситуации. При этом психотерапевту необходимо учитывать следующие условия:

1. В просветительской беседе с пациентом существеннее передать общую надежду на возможность его понимания, чем быть предельно точным при использовании каких-либо терминов (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004).

2. Предрасположенных к психозу людей травматически перевозбуждает содержание их инстинктивно обусловленных психических процессов (например, сексуальных), в связи с чем вернуть таким пациентам душевное равновесие можно, лишь нормализуя эти переживания (Зайцев В. В., 1999).

3.Больные часто вырастают в семьях, где используется противоречивый и сковывающий эмоциональный язык. В связи с этим очень важно четко объяснять больным, что чувства — это естественные реакции, и на конкретных примерах показывать, чем они отличаются от действий и как они вплетаются в фантазии.

4. В работе с такими больными необходимо обсуждать и комментировать, в первую очередь, чувства и жизненные стрессы, а не лежащие в их основе психологические механизмы. Так, в случае развернутых доминирующих или сверхценных высказываний пациента не нужно демонстрировать свое несогласие или пытаться его остановить, лучше во время паузы прокомментировать эмоциональное состояние больного, никак не указывая на то, что по своему содержанию его речевая рефлексия является неадекватной и отражает имеющееся психическое заболевание. После этого надо постараться помочь пациенту установить, что же вызвало такую бурю чувств, потому что часто главная причина расстройства пациента только внешне связана с темой его высказываний. Это очень важный момент работы с пациентами, страдающими аутохтонными расстройствами — они реагируют часто одним и тем же набором психических переживаний на самые разнообразные текущие стрессы окружающей среды. В этом случае необходимо задаться вопросом о природе самого переживания, не разделяя и не отвергая точку зрения пациента, тем самым оберегая его хрупкое самолюбие и побуждая его к дальнейшему обсуждению вопроса.

Большинством авторов в целом подчеркивается, что психообразование — это одна из составляющих психосоциальной реабилитации, наиболее соответствующая общей гуманистической направленности партнерской модели оказания психиатрической помощи.

Еричев А.Н.,[1] Жуков А.А.,[2] Медведев Д.С.[3]

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КУРЯЩЕМУ ПАЦИЕНТУ

[1] Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
[2] Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
[3] Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

По данным PomerleauJ. с соавт. [2004] по потреблению табака среди лиц мужского пола Россия занимала 3 место, а среди лиц женского пола – 1 место по сравнению с 8 странами, являющимися бывшими республиками СССР. Потребление табака является третьей основной причиной преждевременной смертности в России после высокого кровяного давления и высокого уровня холестерина. Ежегодно курение убивает от 330 до 400 тысяч россиян. В 2002 году табак стал причиной более чем 17% всех смертей в России (MarquesP. etal. 2007).

Зависимость от никотина – хроническое рецидивирующее заболевание, требующее комплексного подхода к лечению и привлечения пациента, как активного участника лечебного процесса (лечение когда-то закончится и пациенту самому придется прикладывать усилия для поддержания здорового образа жизни). В процессе формирования зависимости от никотина у человека происходит перестройка на уровне рецепторов. Никотин, связываясь с никотиновыми рецепторами, способствует выбросу дофамина, который в свою очередь даёт чувство удовольствия. Прочная связь никотина с рецепторами ведёт к их длительной стимуляции и снижению их чувствительности. Психотерапевтическая и фармакологическая помощь со стороны врача существенно увеличивают шанс формирования ремиссии при зависимости от никотина

Работая с зависимыми от табака врач часто сам может испытывать негативные эмоции связанные с «сопротивлением» пациента, его нежеланием измениться. Знание трансстеоретической модели изменений поможет более эффективно использовать психотерапевтические интервенции и формировать реалистичные ожидания результатов их применения. Рассматривая уровень или стадию мотивации личности удобно использовать модель стадий изменения, описанную в работах Ди Клементе и Прохаска в 1998. Этапы изменений: отсутствие намерения («не готов»), формирование намерения («думаю об этом»), подготовка («готовлюсь измениться»), действия («на старт, внимание, марш!»), поддержание достигнутого состояния («удержаться там»), рецидив.

Большинство курящих (с помощью своих врачей-консультантов) должны пройти все этапы, или, как минимум, большинство из них, на пути к жизни без курения; поэтому каждый из этапов в процессе прекращения курения может рассматриваться в качестве «успеха» Если врач помог в процессе консультации пациенту немного продвинуться вперед по стадиям изменений – это уже хороший результат. Переход к рецидиву возможен, но не обязателен, при поддержании новой модели жизни.

В отчете по итогам проведения Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в Российской Федерации, опубликованного в 2009 году, сообщается, что менее трети курильщиков (31,8%), побывавших на приеме у медицинского работника в течение последних 12 месяцев до опроса, сообщили о том, медицинский работник посоветовал им бросить курить.

Достаточно часто от специалистов можно слышать объективные жалобы на нехватку времени. Выбрать необходимую интервенцию можно в том числе и с учетом временных возможностей врача. Так врач может выбрать вариант ведения беседы от наиболее простого, требующего 3 минуты на реализацию до «полноформатной консультации», проводимой за 45-50 минут. Оптимальными для использования являются следующие психотерапевтические техники: прямой совет врача, короткая интервенция, мотивационное интервью.

Использование комплексного подхода, включающего психотерапевтическую помощь и фармакологическую поддержку, существенно повышает результативность работы. Необходима широкая образовательная деятельность среди врачей (в том числе и среди психиатров) направленная на обучение базовым психотерапевтическим навыкам по работе с курящими пациентами.

Еричев А.Н.[1], Родионов Е.О.[2], Лобачев А.В.[2]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЧАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПСИХОТЕРАПИИ

[1] *Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*

[2] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова*

Использование чтения книг с лечебной целью началось в России еще в XIX веке (И. Е. Дядьковский, 1836), но термин вошел в употребление в 20-е годы XX в. в США. Первоначально под «библиотерапией» понималось использование только специально подобранных художественных произведений, но в последние 20 лет начали активно внедряться специально написанные работы. В результате публикуются печатные материалы для больных, ориентированные на применение при определенных психопатологических состояниях (например: тревоге, депрессии, алкогольной зависимости, зависимости от никотина и т.д.).

В литературе освещены четыре метааналитических исследования материалов для самопомощи (Scogin F. [et al.], 1990; Gould R. A, Clum A.A, 1993; Marrs R., 1995; Cuijpers P. 1997). Результаты этих исследований подтвердили эффективность использования печатных материалов. Так, в исследовании P. Cuijpers (1997) было показано, что эффективность терапии, включающей библиотерапию (с минимальным участием психотерапевта), в сравнении с контрольной группой оказывается большей. Практический опыт показывает, что их использование дает неоспоримые преимущества.

Пациенты не только занимаются в индивидуальном или групповом формате с психотерапевтом, но и параллельно самостоятельно работают с печатными материалами. В результате психотерапевт экономит время сессий, вынося значительную часть работы во «внеурочное» время. Еще одним несомненным плюсом является невольное усиление «авторитетности» позиции психотерапевта и обоснованности высказываемых им рекомендаций, особенно на начальных этапах профессиональной деятельности. Использование печатных материалов также помогает увеличить охват психотерапевтической помощью пациентов конкретного лечебного учреждения.

С развитием современных технологий печатные материалы всё чаще начинают использоваться параллельно с он-лайн формами психологического консультирования. Их применение положительно влияет на приверженность терапии, снижая тревогу перед неизвестностью лечебного процесса.

Наконец, привлечение печатных материалов помогает не только в психотерапевтической работе, но и в обучении новых специалистов, выработке критериев оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Преимущества использования печатных материалов:

1. Упорядочивается процесс психотерапии.
2. Уменьшаются временные затраты психотерапевта.
3. Формируется более активная позиция пациента в процессе психотерапии.
4. Растет охват психотерапевтической помощью.

Ермоленко Д. К., Шишкин М.К., Куляшова Л.Б.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ВАКЦИНОТЕРАПИИ ГЕРПЕСА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова,

ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера

Борьба с рецидивирующим течением герпетической инфекции, особенно при генитальном герпесе (ГГ), была и остаётся одной из актуальнейших проблем инфектологии. Накопленный к сегодняшнему дню опыт супрессивной терапии (СТ), широко применяемой в США, Канаде, странах Западной Европы, показал, что даже длительный приём противовирусных препаратов не позволяет избежать рецидивирования инфекционного процесса. Экспертами американского CentersforDiseaseControlandPrevention (CDC) в 2015 году констатировано, что при часто рецидивирующем течении ГГ СТ позволяет снизить частоту рецидивирования на 70-80%. Отмена лечения приводит к возобновлению прежнего течения заболевания. Следовательно, задача поиска альтернативных путей борьбы с рецидивированием ГГ не потеряла свою значимость.

Целью исследования была оценка эффективности комбинированного применения противогерпетической вакцины «Витагерпавак» и противовирусного препарата «Валвир» у больных с неудачным опытом предшествующей вакцинотерапии.

Для проведения работы было отобрано 30 женщин в возрасте от 24 до 43 лет без нарушений менструального цикла и каких-либо инфекционных заболеваний органов урогенитального тракта, страдающих ГГ с частой рецидивирования 1 раз в 1,5-2 месяца. У всех пациенток в течение 1 года до исследования осуществлялись попытки противорецидивного лечения вакциной «Витагерпавак» по обычной методике. Её применение привело к обострению ГГ у 6 (20%) больных после первой инъекции, у 14 (46,7%) после второй и у 11 (33,3%) после третьей, что послужило поводом отказаться от дальнейшего введения препарата. В данной работе, у рассматриваемого контингента в период ремиссии, продолжительностью не менее трёх недель, повторно проводилась вакцинация этой же вакциной по стандартной методике с параллельным применением химиопрепарата «Валвир» по 1т (0,5) 1 раз в день. В результате, ни у одной пациентки за весь период активного лечения рецидивов ГГ отмечено не было. Наблюдение за больными в последующие 6 месяцев после окончания вакцинации не выявило рецидивирования ГГ у 19 (63,3%) человек, что можно расценивать как значительное улучшение. У 8 (26,7%) продолжительность ремиссии составила от 4 до 5 месяцев, а возникшие рецидивы имели более лёгкое и короткое течение, что можно расценивать как улучшение. В трёх случаях (10%) применение вакцины не отразилось на течении заболевания. Оценка основных показателей клеточного звена иммунной системы показала, что при комбинированном применении вакцины «Витагерпавак» и препарата «Валвир» в отличие от неудачной монотерапии отмечается достоверное ($p< 0,05$) увеличение и нормализация основных субпопуляций лимфоцитов (CD4+ от 0,356±0,059 х 10^9 до 0,586±0,062, CD8+ от 0,349±0,045х 10^9 до 0,563±0,076 х10^8 кл/л, CD16+ от 0,227±0,017 х 109 до 0,366±0,094 х 10^9 кл/л, CD25 от 0,266±0,019 х 10^9 до 0,434±0,096 х 10^9 кл/л). Полученные результаты позволяют предположить, что использование противовирусных препаратов на фоне противорецидивной

вакцинотерапии позволяет ослабить негативную вирусиндуцированную иммуномодуляцию, обусловленную эндогенными вирусами герпеса. Это, в конечном счете, позитивно сказывается на результативности вакцинации.

Ефремов А.А., Борисов Д.Н., Кузин А.А.

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Стремительное развитие телемедицинских технологий и отсутствие императивных стандартов их разработки внедрения, а также механизма правового регулирования заставляет задуматься о правовом статусе телемедицинских услуг и их месте в охране здоровья граждан Российской Федерации.

Правовое регулирование данного вопроса фактически остановилось на уровне 2010 года, когда на тридцать пятом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ был принят «Модельный закон «О телемедицинских услугах» [1]. В соответствии с указанным документом под телемедицинской услугойпонимаются отсроченные консультации, консультации в реальном времени, дистанционный контроль за физиологическими параметрами организма пациента, дистанционное проведение диагностических и лечебных манипуляций, медицинские видеоконференции, телеконсилиумы, телесеминары, телелекции и прочие медицинские услуги, оказываемые с использованием современных информационно-коммуникационных технологий. При этом, рекомендательный характер данного закона не обязывает компании-разработчики, специализирующиеся на телемедицине, и их заказчиков исполнять его положения.

На протяжении нескольких последних лет сложившаяся ситуация не раз озвучивалась ведущими учеными и организаторами здравоохранения: «Телемедицинские центры и консультации есть, а нормативного обеспечения нет»[2], «…в действующих нормативных документах не определено понятие «телемедицинская услуга» и телемедицинские услуги не включены в «Номенклатуру медицинских услуг»» [3]. Сложившаяся ситуация негативно влияет на развитие телемедицинских технологий в государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения и является фактором, затрудняющим внедрение телемедицины в военное здравоохранение.

Отсутствие правового регулирования данного вопроса на федеральном уровне и необходимость дальнейшего развития телемедицины в военном здравоохранении приводят к необходимости правового регулирования статуса телемедицинских услуг на уровне Министерства обороны, с максимальной опорой на федеральную нормативно-правовую базу, регулирующую охрану здоровья граждан, а также с учетом специфики военного здравоохранения.

При этом, для максимального согласования наработок по правовому регулированию развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и авторы считают целесообразным создание действующей на постоянной основе межведомственной рабочей группы по вопросам развития телемедицины и повышения уровня информатизации в отечественной системе здравоохранения, с обязательным включением в состав данной рабочей группы профессиональных юристов, непосредственно знакомых с предметной областью.

Предложенный подход позволит разработать и поддерживать в актуальном состоянии научно обоснованную юридическую базудля четкого определения статуса телемедицинских услуг в системе охраны здоровья всех категорий граждан Российской Федерации.

Жарков Д.А., Кузин А.А., Свистунов С.А., Карпущенко В.Г., Никишов О.Н.

К ВОПРОСУ РАННЕЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Выявление инфекционного агента, определение круга лиц, подвергшихся заражению от больного или вместе с ним, назначение своевременного и адекватного лечения, проведение противоэпидемических мероприятий являются задачами противоэпидемического обеспечения войск. Решению этих проблем может способствовать ранняя этиологическая диагностика или экспресс-диагностика инфекционных заболеваний. Под экспресс-диагностикой понимаются ускоренные методы лабораторной диагностики.

К инфекциям, которые являются актуальными для организованных коллективах, в том числе воинских, можно отнести стрептококковый тонзиллит (СТ) и острые респираторные инфекции стрептококковой этиологии. Классическим методом лабораторной диагностики является культуральное исследование. К достоинствам этого метода можно отнести чувствительность и специфичность, приближающиеся к 100%, а недостаткам – необходимость использования транспортных сред при длительной транспортировке (более 2 часов), недопустимость хранения мазка более суток, необходимость использования качественного агара, не содержащего человеческой крови, получение ответа минимум через 24 часа и, как следствие, необоснованное назначение или промедление в назначение антибактериальной терапии (АБТ), необходимость повторного визита к врачу, снижение чувствительности метода при неправильном заборе и транспортировке материала.

В последнее десятилетие стали появляться методы экспресс-диагностики СТ, среди которых можно выделить три поколения. К первому поколению относятся тесты, основанные на методах латекс- и коагглютинации, но они не нашли широкого применения в связи с низкой чувствительностью (не более 55%). Тесты второго поколения основаны на методах иммуноферментного анализа, иммунохроматографии и оптического иммунного анализа, отличаются высокой специфичностью (в среднем от 85 до 96% в зависимости от производителя) и чувствительностью, сравнимую с культуральным методом. Тесты третьего поколения способны определять не поверхностные бактериальные антигены, а специфичные участки ДНК β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) с помощью ДНК-гибридизации и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Наиболее широкое распространение в настоящее время получили тесты 2-го поколения, одним из таких тестов является Streptatest®. Преимуществами данных тестов является быстрота диагностики и ее точность, простота использования, компактность системы и экономическая доступность. К выгодам их применения можно отнести возможность назначения этиотропной терапии при первом визите к врачу, снижение вероятности развития антибиотикорезистентности, возможность использования при работе в эпидемических очагах, на амбулаторном приеме (то есть in situ – «у постели больного»), экономию средств от неоправданного назначения АБТ и последующего лечения возможных осложнений. Чувствительность Streptatest® составляет 96,8%, специфичность – 94,7%, прогностичность положительного результата – 98,9%, рогностичность отрицательного результата – 98,9%, общая корреляция с культуральным бактериологическим исследованием – 95,2% (при $p = 0,95$).

Помимо актуальных для войск инфекций существует категория социально-значимых заболеваний, к которым относится туберкулез. Одним из методов экспресс-диагностики туберкулеза является туберкулинодиагностика (проба Манту), которая а последнее время подвергается критике из-за недостаточной специфичности результатов пробы в связи с общностью антигенов в вакцине БЦЖ и туберкулине. К новым методам диагностики относится Диаскинтест® – это внутрикожный диагностический тест, представляющий собой рекомбинантный белок, содержащий два связанных между собой антигена – ESAT6 и CFP10,

характерных для вирулентных штаммов микобактерий туберкулеза (Micobacterium tuberculosis и Micobacterium bovis) и отсутствующих в вакцинном штамме Micobacterium bovis BCG и у большинства нетуберкулезных микобактерий. Чувствительность и специфичность этого метода около 100%. Показаниями для проведения исследования являются: диагностика туберкулеза, оценка активности процесса и выявление лиц с высоким риском развития активного туберкулеза; дифференциальная диагностика туберкулеза; дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии (гиперчувствительности замедленного типа); оценка эффективности противотуберкулезного лечения в комплексе с другими методами. Главное достоинство Диаскинтест® - оценка активности туберкулезного процесса при отсутствии реакции на вакцинный штамм.

В последние годы для организованных, в том числе и воинских, коллективов особую актуальность приобретают «детские» инфекции, к которым можно отнести парвовирусную инфекцию (ПВИ).

Методы диагностики ПВИ основываются на иммунологических и генетических методах: полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблот.

ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией «АмплиСенс® Parvovirus B19-FL» позволяет определять ДНК парвовируса в сыворотке крови, ликворе, пунктате костного мозга, биоптате кожи и т. д., обладает высокой аналитическая чувствительностью – 360 МЕ ДНК/мл – и специфичностью равной 100 %.

ИФА «Parvovirus B19 IgM/Parvovirus B19 IgG» и парвовирус B19 иммуноблот IgM/IgG «RIDA® Blot Parvovirus B19» определяет IgM/IgG к парвовирусу в сыворотке крови, чувствительность и специфичность методов равна 100 %.

Таким образом, современные методы экспресс-диагностики обладают высокой чувствительностью и специфичностью, позволяют своевременно и рационально проводить необходимое лечение, определять группы лиц, подвергшихся риску заражения от больного или вместе с ним, и качественно и полноценно организовать проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Жданов К.В., Иванов А.М., Захаренко С.М., Булыгин М. А., Яременко М. В.,

Гуляева И.В., Барыбина С.Я.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Материалы исследования. Проведена оценка уровней глюкозы, инсулина, гликированного гемоглобина, а также расчетных индексов инсулинорезистентности HOMA-IR и Caro у 112 больных хроническим гепатитом С до начала противовирусной терапии (ПВТ), поступивших на лечение в клинику инфекционных болезней. Возраст пациентов в среднем составил 40,89±10,04 лет (23-67).

Результаты исследования. Снижение уровня глюкозы ниже нормальных значений (норма 4,2 - 6,4 ммоль/л) крови отмечалось у 18 человек, нормальные показатели у 96 человек, повышение уровня глюкозы отмечалось у 7 человек.

Гликированный гемоглобин оценивался у 33 исследуемых и в большинстве случаев (30 человек - 91%) был в пределах нормы (4-6,5%). Снижение гликированного гемоглобина наблюдалось у 2-х исследуемых, повышение – у 1 исследуемого.

У исследованных с 1-м генотипом вируса (n=61) средний уровень глюкозы составил 4,74±0,1 ммоль/л. Гипогликемия (менее 4,2 ммоль/л) наблюдалась у 9 человек (14,8%), гипергликемия (более 6,4 ммоль/л) наблюдалась у 2 человек (3,3%). У исследованных с 2-м генотипом вируса (n=10) средний уровень глюкозы составил 5,15±0,3 ммоль/л.

Гипогликемия наблюдалась у 2 человек (20%), гипергликемия наблюдалась у 1 человека (10%). У исследованных с 3-м генотипом вируса (n=41) средний уровень глюкозы составил 5,00±0,1 ммоль/л. Гипогликемия наблюдалась у 7 человек (17,1%), гипергликемия наблюдалась у 2 человек (4,9%). Суммарно у исследованных с 2-м и 3-м генотипами вируса гипогликемия наблюдалась у 9 человек (17,6%), гипергликемия у 3 человек (5,9%).

Индексы HOMA-IR и Caro были оценены у 22 человек с нормальным уровнем глюкозы натощак. HOMA-IR был повышен в 9 случаях (41%) из 22, а индекс Caro диагностически значимым (менее 0,34) был у 3 чел. Чаще повышение HOMA-IR определялось у больных ХГС с F0-F1 в печени (5 чел – 19%). Почти в равной степени повышение HOMA-IR наблюдалось у больных с абдоминальным ожирением (4 чел – 44%) и без него (5 чел- 56%).

Заключение. Таким образом, у пациентов с различными генотипами HCV-инфекции чаще всего наблюдался нормальный уровень глюкозы. Однако, несмотря на нормальные уровни глюкозы и инсулина в крови у 9 пациентов наблюдалось повышение HOMA-IR (косвенного признака инсулинорезистености). Следует отметить, что инсулинорезистентность может определяться у больных ХГС без абдоминального ожирения. В этой связи для оценки скрытых нарушений углеводного обмена до и на фоне ПВТ больных ХГС необходимо определять уровень инсулина натощак.

Жданов К.В., Иванов А.М., Яременко М.В., Захаренко С.М., Буланьков Ю.И., Шахманов Д.М., Жабров С.С., Жанарстанова Г.А.

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Материалы исследования. Проведен анализ коморбидности у 53 мужчин больных хроническим гепатитом С (ХГС), поступивших на лечение в клинику инфекционных болезней до противовирусной терапии. Средний возраст пациентов составил 38,6±0,8 лет (25- 56), преобладали 1b (23 пациент – 43%) и 3а генотип ВГС (26 пациентов – 49 %), реже выявлялся 2-й (4 пациента – 8%). Повышение уровня активности АлАТ наблюдалось у большинства лиц (42 чел. – 79%) и в среднем составило 116,3±10,3 U/L (от 52,0 U/L до 329,6 U/L). Всего больных с тяжелым фиброзом печени (F3) было 3чел., компенсированным циррозом печени (ЦП) (F4) – 9 чел.

Результаты исследования. У 68% пациентов выявлено более трех сопутствующих заболеваний, в 15% случаях диагностировано только абдоминальное ожирение, а у 17% больных сопутствующей патологии не обнаружено.

В группе пациентов с тремя и более сопутствующими заболеваниями в 15 случаях выявлено сочетание нескольких заболеваний верхнего этажа желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (рефлюкс эзофагит, гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), при этом у 5 пациентов был диагностирован ЦП, варикозное расширение вен пищевода, хронический панкреатит, реже хронический холецистит. В эту группу вошли: 8 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с гастродуоденитом, абдоминальным ожирением; 4 пациента с сахарным диабетом, абдоминальным ожирением и гастродуоденитом; 4 пациентов с абдоминальным ожирением и другой патологией не связанной с гепатобилиарной зоной (хронический простатит, варикозная болезнь нижних конечностей, остеохондроз позвоночника и др.).

У пациентов на поздних стадиях фиброза печени (F3-F4) диагностировано сочетание поражений верхнего этажа желудочно-кишечного тракта с абдоминальным ожирением и другими сопутствующими заболеваниями. У 9 пациентов с F4 преобладал 1b генотип (7 чел) средний уровень активности ферментов составил: АлАТ 105,7±17,5 U/L (норма 11,0-50,0 U/L); АсАТ 104,3±12,0 U/L (норма 11,0-50,0 U/L); ГГТП 143,4±34,8 U/L (норма 8,0-63,0 U/L);

ЩФ 103,5±8,9 U/L (норма 45,0-129,0 U/L). У 9 пациентов с начальными стадиями фиброза печени (F0-F2) преобладал 3а генотип (7 чел.), средний уровень активности ферментов составил: АлАТ 78,3±9,6 U/L (норма 11,0-50,0 U/L); АсАТ 43,8±12,0 U/L (норма 11,0-50,0 U/L); ГГТП 42,4±7,0 U/L (норма 8,0-63,0 U/L); ЩФ 70,7±6,4 U/L (норма 45,0-129,0 U/L).

Заключение. Таким образом, у пациентов с ХГС довольно часто поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта сочетается с абдоминальным ожирением и другими сопутствующими заболеваниями. При циррозе печени преобладал 1b генотип, диагностировались более трех сопутствующих заболеваний, наблюдалось повышение АлАТ, АсАТ, ГГТП до двух норм. У больных без сопутствующих заболеваний на начальных стадиях фиброза печени преобладал 3а генотип и повышение АлАт выше одной нормы. В этой связи необходимо дальнейшее комплексное изучение влияния коморбидности у больных ХГС до и на фоне противовирусной терапии, с целью разработки мероприятий по коррекции патогенетической терапии.

Жданов К.В., Иванов А.М., Яременко М.В., Захаренко С.М., Никитин В.Ю.,

Сухина И.А., Мешкова М.Е., ШиринаИ.В.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОСТИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Материалы и методы исследования. Проведен анализ коморбидности и показателей клеточного, гуморального иммунитета периферической крови у 53 мужчин больных хроническим гепатитом С (ХГС) до противовирусной терапии, поступивших на лечение в клинику инфекционных болезней. Определение популяций лимфоцитов проводилось методом проточной цитометрии.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 38,6 ± 0,8 лет (25−56). Повышение уровня активности АлАТ было отмечено у 42 (79%) больных (116,3±10,3 U/L). У 41 (77%) пациентов выявлен фиброз печени F0 - F2, у 3 (6%) пациентов тяжелый фиброз печени (F3) и у 9 (17%) – компенсированный цирроз печени (ЦП) (F4). У обследуемых больных ХГС были выявлены следующие сопутствующие заболевания: поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (51%); ожирение (40%), гипертоническая болезнь (ГБ) (15%); сахарный диабет (СД) (8%).

Анализ общих закономерностей изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета показал, что у пациентов, как с сопутствующей патологией, так и без нее в 55% случаев выявлено повышение относительного количества цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ) ($CD3^+CD8^+$) (35,2±0,7%), снижение – в 2%. В тоже время было отмечено уменьшение уровней популяций NK-клеток: ($CD3^-CD16^+$) (6,1±0,4%) у 38% пациентов (повышение – у 13%) и ($CD3^-CD56^+$) (4,9±0,4%) у 42% больных (повышение – у 8%). У половины пациентов обнаружено увеличение содержания регуляторных Т-клеток ($CD4^+CD25^{bright}CD127^{neg}$). В подавляющем большинстве (83%) случаев выявлено снижение активированных В-лимфоцитов и NK-клеток ($CD3^-CD25^+$) (0,8±0,1%). У 32% обследуемых был повышен процент В-1-клеток ($CD19^+CD5^+$) (4,7±0,7%). У 50% больных независимо от категории наблюдали рост концентрации IgG, тогда как уровни IgM и IgA у большинства пациентов не превышали нормальных значений. В 60-70% случаев в сыворотке крови обнаружено повышение концентрации среднемолекулярных циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в 2-3 раза. Практически у всех пациентов уровни низкомолекулярных ЦИК были увеличены в 2-5 раз. Повышение содержания высокомолекулярных ЦИК было отмечено только у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

У больных с ожирением, а также у пациентов с ожирением в сочетании с поражением верхнего этажа ЖКТ (13 чел.) в 46% случаев отмечалось повышение количества ЦТЛ (33,2±0,8%) и В-1-клеток, связанных с продукцией аутоантител ($CD19^+CD5^+$) (3,4±0,4%).

У 8 пациентов с ГБ и 4 больных с СД в сочетании с гастродуоденитом и ожирением наблюдалось преимущественное повышение содержания ЦТЛ ($CD3^+CD8^+$) – 35,8±1,9% и 33,2±1,6%, соответственно.

На начальных стадиях фиброза печени (F0-F2) было зафиксировано повышение уровня ЦТЛ (35,3±0,8%) у 22 (54%) больных. Снижение количества популяций NK-клеток ($CD3^-CD56^+$) (5,7±0,4%) и ($CD3^-CD16^+$) (6,5±0,3%) у 16 и 13 пациентов, соответственно. На стадии ЦП у 4 из 9 пациентов наблюдалось повышение содержания ЦТЛ (34,7±2,9%) и более существенное снижение количества популяций NK-клеток ($CD3^-CD56^+$) (2,9±0,4%) (5 чел.) и ($CD3^-CD16^+$) (5,2±0,9%) (6 чел.).

Заключение. Таким образом, у больных с ХГС и сопутствующей патологией, нарастанием фиброза печени обнаружено снижение содержания основных субпопуляций NK-клеток ($CD3^-CD16^+$; $CD3^-CD56^+$), по-видимому, связанное с их миграцией в очаг воспаления. У трети пациентов выявлено повышение процента В1-клеток, связанных с продукцией аутоантител. У половины пациентов определялось повышение количества регуляторных Т-хелперов. В подавляющем большинстве (83%) случаев отмечено уменьшение количества активированных В-лимфоцитов и NK-клеток ($CD3^-CD25^+$)

Жекалов А.Н., Першин В.Н., Крючкова А.С., Богданова Е.Г.,Цепкова Г.А., Аржавкина Л.Г.

СИСТЕМА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Санкт-Петербург, ФГБВОУ высшего образования Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова МО РФ

Объектом исследования были пострадавшие с тяжелой механической политравмой (автомобильная и кататравма).

Цель исследования заключалась в разработке и оценке эффективности новых схем восстановительного лечения и профилактики развития висцеральной патологии у лиц с тяжелой механической политравмой в разные периоды травматической болезни с использованием комплекса медикаментозных средств и пищевых добавок, влияющих на основные звенья патогенеза травматической болезни и висцеральных осложнений.

Применены современные методы исследования иммунной системы и факторов неспецифической защиты, различных видов обмена, гормонального статуса, перекисного окисления липидов, а также активности антиоксидантной системы.

Установлено, что травматическая болезнь, обусловленная тяжелой механической политравмой, в большинстве случаев осложняется развитием разнообразной висцеральной патологии. В динамике развития травматической болезни обследован 327 пострадавший. У 262 человек наблюдались различные висцеральные осложнения.

Для предупреждения развития висцеральной патологии и ее лечения на фоне используемых в ГНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе стандартизованных схем ведения и лечения пострадавших в одной группе больных, находившихся под нашим наблюдением, использован отечественный поликомпонентный препарат “Содекор”, а в другой - комплекс препаратов, включающий ретаболил, унитиол, энтеросорбент ”Полифепан”, поливитаминно-микроэлементный состав “Витатресс”, “Содекор” и белковосодержащую пищевую добавку “Нуруфлекс”.

Доказано, что применение как “Содекора”, так и комплекса указанных препаратов позволяет сократить сроки лечения основных видов висцеральных осложнений,

развивающихся в различные периоды травматической болезни и приводит к более быстрой нормализации лабораторных показателей, результатов рентгенологических и других исследований. Установлены показания для использования этих препаратов в целях восстановительного лечения висцеральных осложнений у пострадавших с тяжелой механической политравмой.

Жекалов А.Н., Ткачук Н.А, Протасов О.В., Цепкова Г.А., Першин В.Н.

ЗНАЧЕНИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ ДЛЯ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ТРУДА НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В настоящее время большинством исследователей признано, что заболеванию предшествует “преморбидное” состояние или состояние предболезни (Баевский Р.М.,1979).Негативные сдвиги в состоянии здоровья военнослужащих в условиях напряженного военного труда, а тем более в военное время, в значительной степени связаны с нарушениями механизмов адаптации их организма, истощением функциональных резервов под действием комплекса экстремальных и субэкстремальных факторов (Кудрин И.Д.,1985; Комаров В.И.,1988).

Целью исследования было: изучить клинико - патогенетические проявления процесса адаптации, дизадаптации и возникновения преморбидных состояний с учетом индивидуально - типологических особенностей у военнослужащих по контракту, непосредственно участвовавших в уничтожении разных классов отравляющих веществ (ОВ) на объектах хранения и уничтожения химического оружия (ОХУХО).

У военнослужащих “стайерского” типа конституции в течениепервых трех месяцев наблюдались острые адаптационные перестройки, заканчивающиеся к шестому месяцу службы развитием стадии резистентности. У военнослужащих “спринтерского” типа конституции в течении 1-го мес. службы отмечалось перенапряжение гомеостатических механизмов, которое к 3-му месяцу работ, в условиях химической опасности, характеризовалось их недостаточностью и в последующем их истощением, являясь по своей сути проявлением преморбидного состояния.

Доказано, что главными звеньями превращения нормальных приспособительных реакций в реакции патологические, были эндокринно - метаболические перестройки катаболического характера, активация процессов перекисного окисления липидов, снижение мощности антиоксидантных систем, нарушение структурно - функциональной организации биологических мембран.Была установлена тесная зависимость между развитием дизадаптационных явлений и ростом заболеваемости личного состава.

Данный подход позволил выявить группу риска военнослужащих (“спринтеры”), участие которых в решении задач по детоксикации боеприпасов нецелесообразно во всех аспектах и (экономическом, социальном и др.);рекомендовать военнослужащих “стайерского” типа реагирования для комплектования контингентов, требующихся для выполнения задач по детоксикации боеприпасов, ограничив срок пребывания в условиях ЛВК шестью месяцами.

Полученные данные могут являются предпосылкой для оценки режима труда военнослужащихс позиций его адекватности физиологическим возможностям, обоснования предложений по созданию оптимальных режимов трудовой деятельности, а также для разработки методов фармакологической коррекции процесса адаптации с целью профилактики нарушений резистентности у практически здоровых военнослужащих.

Кроме того, полученные данные должны учитываться при определении системы критериев оценки состояния здоровья личного состава и долговременного прогнозирования вероятных форм его нарушения, обоснования рекомендаций по отбору военнослужащих и

оптимальных сроков их пребывания в условиях проведения работ, связанных с уничтожением боевых отравляющих веществ.

Железняк С.Г., Дауранов Б.Б., Слободяник В.А.

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ УЧЕТА МИНЗДРАВА РОССИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Перечень форм и порядок ведения документов медицинского учета военно-медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, регламентируются «Указаниями по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время» (2001 г.). Директивными документами ГВМУ МО РФ и начальника Военно-медицинской академии разрешается использование документов учета Минздрава России медицинской службой ВС РФ.

Опыт использования документов медицинского учета Минздрава России в практической деятельности КДЦ академии показывает, что не все документы могут быть реализованы в тех формах, которые изложены в приказе Минздрава России от 15.12.2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и порядков по их заполнению».

Например, ряд учетных документов не могут быть использованы в работе КДЦ, так как не соответствуютпорядкам оказания медицинской помощи по работам (услугам), разрешенных действующейлицензией. Это - ф. №030-13/у, ф. №032 /у, ф. № 76/у, ф. №79/у, ф. №043/у.

Такие формы, как№ 086/у и № 086-2/у могут быть применены только при получении лицензии на проведение соответствующих видов работ.

Форма №30/у«Контрольная карта диспансерного наблюдения», в основном, аналогична «Журналу учета, состоящих под диспансерным динамическим наблюдением» определенным приказом МО РФ от 18 июня 2011 года № 800 «Об утверждении руководства по диспансеризации военнослужащих в ВС РФ».

Форма №070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» и форма №072/у «Санаторно-курортная карта» уже используются в повседневной работе КДЦ.

Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по своей структуре и информативности может быть взята за основу для создания образца амбулаторной карты только для одной категории обслуживаемого контингента – офицеров запаса (в отставке) и членов их семей. В предлагаемом виде она не может быть использоваться в качестве документа учета, так как по своему содержанию не соответствует нынешним требованиям по обработке и формированию основного отчета поликлиники - ф. 2/МЕД. В дальнейшем это потребует изменения содержания не только существующей формы амбулаторной карты (ф.№9) амбулаторно-поликлинических организаций ВС, но также и форм медицинских книжек военнослужащих.

Таким образом, учетные медицинские документы Минздрава России могут быть использованы в повседневной работе только при адаптации их к требованиям «Указаний по ведению медицинского учета и отчетности в ВС РФ на мирное время». Ведение же учетной медицинской документации по образцам Минздрава России потребует полной замены существующей системы медицинского учета и отчетности в ВС РФ и перехода на учет основных показателей оценки здоровья контингента МО РФ по стандартам гражданского

здравоохранения. Все это потребует полной переработки существующей военно-медицинской информационной системы.

Железняк С.Г.,Слободяник В.А., Воробьев Б.Ю., Дауранов Б.Б.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Важными задачами, относящимися к лечебно-профилактическим мероприятиям, возлагаемыми на Консультативно-диагностический центр (Центр) являются:

организация и проведение углубленного медицинского обследования военнослужащих академии, а также гражданского персонала ВС, работающего с профессиональными вредностями;

диспансерное динамическое наблюдение за лицами особой категории (участники Великой Отечественной войны, участники боевых действий, лица, подвергшиеся радиационному воздействию, ветераны подразделений особого риска).

Анализ статистических данных показывает, что за последние три года идет постоянный рост количества обращенийк врачам, ведущим амбулаторный прием (в 2015 г. – 174384; в 2014 г. – 167237; в 2013 г- 154802). Необходимо отметить, что доля обращений к врачам с профилактической целью за последние годы имеет тенденцию к резкому росту (в 2015 г. - 52054 обращений, что составляет 29,68% от всех обращений к врачам центра, в 2014 г -52601 –соответственно 31,45%, в 2013 г - 36242 обращений –23,41%). За последние годы количество лиц, которым необходимо проведение УМО, профилактических осмотров практически удвоилось. Так, только в 2015 году кроме гражданского персонала академии 3517 человек, профилактическими осмотрами было охвачено 2193 человека из 18 подразделений и учреждений МО РФ, что потребовало существенных усилий по координации работы с данными подразделениями и учреждениями и с различными подразделениями и службами академии.

Руководству Центра удавалось оперативными организационными мерами регулировать выполнение данных задач.

Выполнение лечебно-профилактических мероприятий, помимо непосредственно осмотра пациента, предполагает ведение и обработку больших массивов медицинской документации, оформление различных по сложности медицинских заключений, ведение учета динамического наблюдения, что занимает значительное время работы врача.

Проведение лечебно-профилактических мероприятий возложено на диспансерное отделение Центра. Однако, в связи с тем, что штатные должности отделения укомплектованы не полностью, отделение не обеспечено необходимыми для работы площадями, для выполнения данных мероприятий привлекаются врачи-специалисты других отделений Центра, а также некоторых клиник академии, что, часто вынуждает их вести эту работы в ущерб своей основной деятельности.

Функция врачебной должности предполагает определённый объём работы врача, т.е. не *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия*

может превышать установленный объем работы врача, без ущерба качества его деятельности. Поэтому, было принято организационное решение о проведении УМО, профилактических осмотров и диспансерного динамического наблюдения в Центре в, основном, во второй половине дня, при этом осознавая, что это искусственно ограничивает возможности приема льготного контингента и пациентов других категорий врачами–специалистами, участвующих в работе соответствующих комиссий.

Для повышения эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий специалистами Центра была подготовлена и передана на рассмотрение руководству академии Программа модернизации амбулаторно-поликлинической помощи в Военно-медицинской академии, в которой отражены вопросы организации и информационные

технологии. Реализация данной Программы позволит значительно улучшить систему медицинского обеспечения обслуживаемого контингента.

Железняк С.Г., Топтыгин С.В., Дауранов Б.Б.

ОПЫТ РАБОТЫ ВРАЧА-НЕЙРОХИРУРГА КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА

Санкт-Петербург. Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова.

Необходимость оптимизации консультативной нейрохирургической помощи пациентам с полинозологической патологией ЦНС, обращающихся за помощью в академию, потребовало введения в штат должности, и, создания кабинета врача-нейрохирурга консультативно-диагностического центра ВМедА, который приступил к работе в сентябре 2013 года. Должность укомплектована врачом-нейрохирургом высшей квалификационной категории, кандидатом медицинских наук, со стажем работы более 20 лет.

С целью совершенствования обследования и лечения пациентов нейрохирургического профиля на догоспитальном этапе были привлечены диагностические мощности кафедр рентгенологии и радиологии, нервных болезней, и, нейрохирургии. В связи с этим, можно говорить о внедрении в практику КДЦ преемственного использования современных методов диагностики в ходе обследования больных перед стационарным лечением.

Комплексное лучевое, инструментальное и клиниколабораторное обследование больных с нейрохирургической патологией: МРТ и СКТ головного и спинного мозга, а, также, черепа и позвоночника при онкологических, посттравматических и врожденных заболеваниях; МРТ-АГ, СКТ-АГ + ТКДГ и УЗДС (дуплексное сканирование) сосудов головного мозга и брахиоцефальных сосудов при сосудистых заболеваниях ЦНС; СКТ-денситометрия при остеопорозе позвоночника; сцинтиграфия, для дифференциальной диагностики первичных и метастатических поражений головного и спинного мозга, а, также, позвоночника, - позволили существенно сократить предоперационный период в стационаре.

За весь период функционирования кабинета нейрохирурга отчетливо прослеживается тенденция к увеличению потребности в оказании амбулаторно-поликлинической и консультативно-диагностической помощи. Так в 2014 году зарегистрировано 857 обращений (0,6%) от всех врачебных обращений в центр; в 2015 – 1775 (1,02%) обращений, что связано с суммарным увеличением обращений военнослужащих по контракту, членов семей офицеров, пенсионеров МО и членов их семей.

Основными нозологическими формами в структуре обращений являлись дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, различные формы цереброваскулярной болезни, остеопороз, осложненный переломами тел позвонков, и, онкологические поражения головного и спинного мозга, - что потребовало применения высокотехнологичных методов первичного обследования в 782 (91,2%) случаях в 2014 году и 912 (72%) в 2015 году. Кроме того, в ходе динамического диспансерного послеоперационного контроля, высокотехнологические методы диагностики применены у 78 (73%) больных в 2014 году и у 29 (23%) в 2015 году.

После комплексного амбулаторного предоперационного обследования, госпитализированы и прооперированы в клинике нейрохирургии и нейрохирургическом отделении клиники ВПХ 107 (12,5%) пациентов в 2014 году, и, 127 (7,6%) в 2015 году. Среди военнослужащих в 2014 году во всех случаях причиной хирургического лечения явились дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника; в 2015 году, последние стали причиной оперативных вмешательств в 92,3%, в 1 (3.85%) случае – опухоль головного мозга, и, в 1 (3,85%) случае последствия травмы периферического нерва.

В послеоперационном периоде всем работающим больным проводилась экспертиза временной нетрудоспособности, а, в случаях стойкой утраты трудоспособности, пациенты направлены на МСЭ для получения, либо пролонгации инвалидности.

Вывод: отчетливо прослеживается тенденция к увеличению потребности в оказании нейрохирургом консультативно-диагностического центра амбулаторно-поликлинической и консультативно-диагностической помощи.

Железняк С.Г., Кок Г.В, Кок Б.Б., Кириллова О.Л.,Топтыгин С.В.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИБС У БОЛЬНЫХ С ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, ФГБУ ФМИЦ им. В.А.Алмазова

Введение:Заболевания сердечно-сосудистой системы и их осложнения в настоящий момент являются главной причиной смертности населения в Российской Федерации. Облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдает около 3% населения, среди которых критическая ишемия развивается в 35-65% случаев (Бокерия Л.А., Покровский В.А., 2013). Определение очередности этапов хирургического лечения больных с мультифокальным атеросклерозом представляет серьезную проблему. ИБС выявляется у 60-98% пациентов с хронической ишемией нижних конечностей.

Цель:Оценить клинико-функциональную характеристику ИБС у больных с показаниями для оперативного лечения артерий нижних конечностей.

Методы: В исследование включено 92 пациента с выполненной первичной реконструктивной операцией на артериях аорто-бедренного сегмента (50 пациентов прооперированы с использованием синтетического сосудистого протеза, 42 пациентам выполнена петлевая эндартериоэктомия). Средний возраст пациентов составил 62±9 лет. Мужчины составили 96%, женщины 4%. Ишемия нижних конечностей III стадии выявлена у 74% пациентов, II б стадии у 14% и IV стадии у 12%(классификация Фонтена-. Покровского). Для клинической и функциональной оценки состояния исследуемых пациентов всем больным проводились общеклинические методы исследования, ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, исследование липидов, ЭКГ, СМЭКГ, ЭХОКГ.

Результаты:В группе с операцией петлевой эндартериоэктомии выявлено поражение аорто-подвздошного сегмента типа В в 28% случаев, типа С в 72% (TASCIIb). У пациентов прооперированных с использованием синтетического сосудистого протеза выявлено поражение аорто-подвздошного сегмента типа В в 18%, тип С в 43% и тип D в 39% случаев (TASCIIb). Уровень общего холестерина в исследуемых группах составил 5,8±0,3 ммоль/л. Стенокардия напряжения III ф.к выявлена среди 22 % пациентов с ишемией нижних конечностей IIб стадии, у 60% пациентов III стадии и 76% IV стадии. Стенокардия напряжения IV ф.к выявлена среди 8% пациентов с ишемией нижних конечностей III стадии и у 14% IV стадии. Безболевая ишемия миокарда, постинфарктный кардиосклероз, нарушения ритма сердца суммарно выявлены у 68 % пациентов с IV стадией ишемии нижних конечностей. Фракция выброса свыше 60% выявлена у 58% со стадией ишемии II б, и у 34% со стадией ишемии III. В группе пациентов с IV стадии ишемии ФВ ниже 30% выявлена у 28%. Зоны гипо- и акинезии миокарда выявлены у 72 % пациентов с ишемией IV стадии.

Выводы: Больные с сочетанным поражением коронарных артерий и артерий нижних конечностей нуждаются в тщательной подготовке на этапе амбулаторного обследования, включающего применение нагрузочных тестов с целью определения коронарного резерва.

Жуков А.А.[1], Абрамова И.А.[2], Медведев Д.С.[3]

ЭВАКУАЦИЯ РАНЕНЫХ В ВОЙНЕ В ЮЖНОМ ВЬЕТНАМЕ (1961-1975 ГГ.).ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ТАКТИЧЕСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

[1] Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

[2] Омск, Омский автобронетанковый институт

[3] Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

В целях повышения эффективности медицинского обслуживания раненых в период войны в Южном Вьетнаме медицинская служба армии США внесла существенные изменения в организацию эвакуации раненых. До 1965 г. американские госпитали, находившиеся на территории Южного Вьетнама, были постоянно переполнены. Тяжелораненых приходилось эвакуировать без соответствующей подготовки, что отрицательно сказывалось на их состоянии, особенно при длительных перелетах непосредственно в США.

В районах боевых действий силами медицинских взводов батальонов осуществлялся вынос и вывоз раненых в батальонные медицинские пункты, где им оказывали первую, доврачебную, а иногда и первую врачебную помощь. Здесь же их разделяли на тяжелораненых и легкораненых. Тяжелораненых, нуждавшихся в неотложной хирургической помощи, эвакуировали на вертолетах в полевые хирургические или полевые госпитали, где им оказывали квалифицированную и отчасти специализированную помощь.

Легкораненых транспортировали на санитарных машинах, санитарных бронетранспортерах или на вертолетах в бригадные медицинские пункты, которые развертывались силами и средствами медицинских батальонов дивизий. На бригадном пункте легкораненым оказывали соответствующую врачебную помощь, а затем возвращали в свои подразделения или эвакуировали на вертолетах в полевые и эвакуационные госпитали.

Для приема раненых из бригадных (батальонных) районов армейской медицинской службой были развернуты полевые хирургические, полевые и эвакуационные госпитали. Эти госпитали находились в тыловом районе на удалении 20-40 км. В их задачу входили: прием и сортировка раненых, оказание квалифицированной и отчасти специализированной помощи, а также стационарное лечение пострадавших со сроком лечения 15-30 суток.

При проведении сортировки раненых в госпитале их поток разделялся на 4 группы:

1) легкораненые, подлежащие направлению в центр выздоравливающих;

2) раненые, нуждавшиеся в стационарном лечении сроком до 30 суток;

3) раненые, нуждавшиеся в стационарном лечении сроком до 60 суток;

4) раненые, нуждавшиеся в длительном стационарном лечении (свыше двух месяцев).

Раненые 1-й и 2-й групп, как правило, проходили стационарное лечение в армейских госпиталях, развернутых на территории Южного Вьетнама. При этом в полевых хирургических госпиталях они оставались на излечении до 15 суток, а в полевых и эвакуационных госпиталях и в центре выздоравливающих - до 30 суток.

Раненых 3-й группы эвакуировали во всех случаях на санитарных или транспортных самолетах в лечебные учреждения, дислоцированные в пределах Юго-Восточной Азии и Дальнего Востока. Их дальнейшее лечение осуществлялось в общеклинических и специализированных базовых госпиталях, развернутых американцами в Японии, Таиланде, на Филиппинах, на островах Окинава, Гуам и Гавайских.

Раненых 4-й группы эвакуировали в лечебные учреждения, расположенные на континентальной части США. Их дальнейшее лечение осуществлялось в стационарных военных госпиталях США, а также в медицинских центрах армии США – Уолтер Рид (г. Вашингтон) и Брукс (г. Сан-Антонио, штат Техас).

В соответствии с конкретными условиями вьетнамской войны и тактикой медицинской службы армии США во время войны в Южном Вьетнаме можно выделить следующие этапы эвакуации:

- первичная эвакуация - с поля боя до места оказания хирургической помощи;
- эвакуация в пределах госпитальной базы театра военных действий (тактическая эвакуация);
- эвакуация на территорию США (стратегическая эвакуация);
- распределение доставленных из Южного Вьетнама раненых и больных по лечебным учреждениям США (внутриконтинентальная эвакуация).

В Южном Вьетнаме раненых из батальона эвакуировали тремя способами:

1) путем выноса;
2) на санитарных машинах;
3) на вертолетах.

Использование физической силы людей являлось одним из важных средств эвакуации раненых в рамках пехотного батальона. Из района боевых действий раненых на носилках, зачастую самодельных (из веток и гимнастерок), на спине санитара или своего товарища доставляли в пункт сбора раненых или батальонный медицинский пункт. Основную роль на этом этапе эвакуации играли медицинские работники рот и взводов. В некоторых случаях, например, при получении ранения во время патрулирования джунглей, раненых приходилось нести на спине все расстояние (до 3 км) до батальонного медицинского пункта, откуда их отправляли на вертолете в полевой или эвакуационный госпиталь.

Другой способ эвакуации раненых - доставка их в батальонный медицинский пункт или к посадочной площадке вертолета на санитарном транспорте и других машинах. Когда обстановка и местность позволяли, санитарные машины сопровождали батальон, отправляющийся на выполнение боевого задания, и доставляли раненых из района боевых действий в указанные выше пункты. Однако часто из-за плохих дорог или тактической обстановки сделать это было невозможно, и тогда раненых вывозили из района боевых действий на бронетранспортерах, которые придавались батальону для поддержки. Бронетранспортеры использовались для эвакуации раненых не только в районе боевых действий батальона, но и на расстоянии нескольких километров от расположения батальона. В случае большого числа раненых их доставляли в пункты сбора и на 3-4-тонных грузовиках.

Третий и наиболее распространенный вид эвакуации раненых - транспортировка их на санитарных вертолетах. Наиболее часто для этой цели использовали вертолеты ИН-1В, ИН-1Д, а в отдельных случаях - двухместный вертолет 1-ОН. Если санитарный вертолет по какой-либо причине был не готов к эвакуации, то раненых эвакуировали на вертолетах тактической авиации, которые осуществляли доставку различных грузов.

В Южном Вьетнаме только часть раненых в боевой обстановке доставляли из батальонных медицинских пунктов и пунктов сбора на эвакуационные пункты, а оттуда в полевые или эвакуационные госпитали на вертолетах. В основном раненых эвакуировали сразу же непосредственно в полевой или эвакуационный госпиталь.

Таким образом, в ходе эвакуации раненых использовали все 3 вида транспортировки: на носилках доставляли в пункт сбора раненых, оттуда на санитарных автомашинах перевозили на сортировочный пункт и наконец, на вертолете доставляли в полевой эвакуационный госпиталь.

Жуков А.А.[1], Еричев А.Н.[2], Лобачев А.В.[1]

ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

[1] Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

[2] Санкт-Петербург, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Проблема профессиональной заболеваемости медицинских работников приобретает сегодня всё большую актуальность в связи с имеющейся тенденцией к увеличению интенсивности рабочей активности медицинского персонала, а также повышением требований к качеству его труда.

Профессиональная деятельность медицинских работников непосредственно связана с охраной здоровья населения. Однако уже давно отмечается, что уровни заболеваемости, инвалидности и смертности самих работников здравоохранения столь высоки, что требуют очень внимательного и серьёзного отношения к причинам возникновения такой ситуации. Об этом было известно уже во времена Древней Греции и Рима. Именно тогда появилось выражение «Aliis inservindo consumora» (буквально – «служа другим, уничтожаю себя» или «светя другим, сгораю сам»).

Здоровье медицинских работников преимущественно определяется комплексным воздействием факторов: социально-экономических (быт, отдых, питание, условия трудового процесса и др.), социально-биологических (пол, возраст, конституция, наследственность); природно-климатических и экологических, а также организацией медицинской помощи.

В структуре заболеваемости медицинских работников с временной утратой трудоспособности наибольший удельный вес имеют гипертоническая болезнь, болезни костно-мышечной системы, пневмония, ишемическая болезнь сердца, болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, ОРЗ, грипп, нервные заболевания, а у женщин еще и гинекологические заболевания, осложнения беременности и послеродового периода.

Нередко возникновение у медицинских работников профессиональных заболеваний токсико-химической, аллергической этиологии, перенапряжение отдельных органов или систем, «профессиональное выгорание» (хронический профессиональный стресс, вызывающий деформацию личности).

Условия и характер труда разных категорий и профессиональных групп работников здравоохранения заслуживают пристального внимания в плане охраны здоровья, поскольку по роду своей деятельности они могут подвергаться комплексному и сочетанному действию вредных и опасных факторов производственной среды.

Жуков А.А.[1], Борисов Д.Н[1]., Корнилова А.А[2].

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНОЙ СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РОТЫ МОТОСТРЕЛКОВОЙ БРИГАДЫ

[1] Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

[2]Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет

С помощью программного продукта GPSS (General Purpose Simulation System – система моделирования общего назначения) проведено имитационное моделирование по оказанию квалифицированной медицинской помощи раненым и больным по неотложным показаниям в медицинской роте мотострелковой бригады новой организационно-штатной структуры.

В качестве показателей эффективности применялись стандартные для среды моделирования GPSS средняя длина очереди в устройствах (Q,чел.), максимальная длина очереди (Qmax,чел.) и коэффициент загрузки устройств (Ut). Критериями эффективности выбраны значения загрузки устройств меньше или равно 0,8, средней длины очереди меньше

либо равно 6, максимальной длины очереди меньше либо равно 10.

Научные задачи исследования решались на основе анализа действий медицинской ротыпри проведении мотострелковой бригадой манёвренной обороны в условиях применения противоборствующими сторонами обычных средств поражения. Исходя из принятых условий моделирования, были созданы различные имитационные модели, из которых вариант работы медицинской роты, развернутой в медицинских мобильных комплексах и палатках оказался оптимальным. При данном варианте в случае увеличения входящего потока до 200 раненых и больных в сутки, приемлемые значения показателей работы медицинской ротыдостигаются при организации работы на сортировочной площадке одной сортировочной бригады (Q = 5 чел., Qmax = 9 чел., Ut = 0,684), двух одноврачебных хирургических бригады в перевязочной для легкораненых (Q = 6 чел., Qmax = 10 чел., Ut = 0,805), двух одноврачебных хирургических бригад в перевязочной для тяжелораненых (Q = 6 чел., Qmax = 10 чел., Ut = 0,795), трёх двухврачебных хирургических бригад в операционной (Q = 5 чел., Qmax = 9 чел., Ut = 0,782). Показатели эффективности работы противошоковой остаются допустимыми в случае развертывания 16 коек (Q = 6 чел., Qmax = 11 чел., Ut = 0,798).

Исходя из показателей имитационного моделирования, с применением метода статистического анализа и нормативного метода сформулирована наиболее рациональная организационно-штатная структура медицинской роты мотострелковой бригады в новом облике Сухопутных войск, способная выполнить задачи по медицинскому обеспечению соединения. Результаты исследования показывают, что при наиболее рациональном варианте в медицинской роте мотострелковой бригады предлагается иметь до 100 чел. личного состава, в том числе 25 врачей, из которых врачей организаторов – 1, врачей хирургического профиля – 9, врачей терапевтического профиля – 7, анестезиологов – 2, рентгенологов – 1 и др.

Загорулько Н.А., Кудрявцева А.В., Железняк И.С.

ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОФАЗНОЙ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

На сегодняшний день процент эндоваскудярных оперативных вмешательств при аневризмах брюшного отдела аорты неуклонно растет, что связано с меньшей послеоперационной смертностью в сравнении с открытой операцией, сокращением времени самой процедуры и ранней активизацией больного. Осложненные аневризмы также все чаще оперируют эндоваскулярно.

Цель. Целью данной работы было определение возможностей многофазной спиральной компьютерной томографии в оценке осложненных аневризм и оценка возможности выполнения эндоваскулярного оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Обследован 21 пациент с симптомной аневризмой брюшного отдела аорты диаметром более 5 см. Среди больных преобладали пациенты мужского пола (66%). Протокол исследования включал нативное сканирование, исследование в артериальную и паренхиматозную фазы с внутривенным болюсным введением контрастного вещества. Зона сканирования – от уровня диафрагмы до общих бедренных артерий. При постпроцессорной обработке оценивались: локализация, форма, размеры аневризмы, наличие тромботических масс, вовлеченность в процесс ветвей аорты, наличие признаков воспаления стенки и признаков угрожающего разрыва. Выполняли детальную и достоверную предоперационную оценку анатомических и физиологических особенностей аорты

(извитость, ангуляция, степень атеросклеротического повреждения), оценка подвздошных и общих бедренных артерий.

Результаты. У всех пациентов получили качественное контрастирование аорты и ее ветвей. Асимметрия аорты, не являющаяся результатом ее извитости выявлена у 5 больных, локальное истончение стенки сосуда выявлено у 3 пациентов, расслоение стенки сосуда с формирование интрамуральной гематомы диагностировано в 2 случаях, наличие пенетрирующей язвы аорты определялось у 4 пациентов, истончение пристеночных тромботических масс с затеком контрастного вещества в их толщу выявлено у 2 больных, уплотнение прилежащей жировой клетчатки диагностировно в 3 случаях. У 4 пациентов были поражены подвздошные артерии, у 9 изменения были выявлены в средней и нижней трети брюшной аорты, у 8 – верхняя треть, ниже или на уровне почечных артерий. Техническая возможность выполнения эндоваскулярного оперативного лечения была у 4, 7 и 6 пациентов, соответственно.

Выводы. Многофазная спиральная компьютерная томография позволяет выявить и оценить осложненные аневризмы брюшного отдела аорты, являющиеся предикторами угрожающего разрыва, дает необходимую информацию для оказания быстрой и квалифицированной хирургической помощи пациентам с сокращением сроков его выполнения.

Загородников Г.Н., Загородников А.Г.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

При выполнении работ в условиях Севере в холодные зимние месяцы на организм человека оказывают действия не только метеорологические факторы: низкая температура, повышенная влажность, сильный ветер, пониженное парциальное давление кислорода, но и психоэмоциональное напряжение, обусловленное постоянным холодовым стрессом. Все эти факторы оказывают отрицательное влияние на структурно-метаболические процессы в первую очередь в сердечно-сосудистой, дыхательной, нейроэндокринной и кроветворной системах (Добродеева Л.К., Суслонова Г.А., 1976; Марачев А.Г., Корнев А.В., 1983; Авцын А.П. [и др.], 1985; Чудаков А.Ю. [и др.], 1997; GiesbrechtG.G., 1995).

Для оценки уровня физиологических возможностей организма военнослужащих, проходящих службу в условиях Севера, была исследована периферическая кровь. Морфофункциональная характеристика периферической крови оценивалась общепринятыми методиками.

У военнослужащих с гипертонической болезнью, нейроциркуляторной дистонией, миокардиодистрофией и миокардиосклерозом в периферической крови имеются достоверные изменения некоторых показателей по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров». В частности, у военнослужащих с гипертонической болезнью наблюдается повышенное содержание холестерина и общего билирубина на 27,2% и 25,5% по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров» ($p<0,001$); глюкозы и эритроцитов на 14,6% и 11,3% по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров»; лейкоцитов и α_1 –глобулинов соответственно на 6,9% и 9,1% по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров». У военнослужащих с нейроциркуляторной дистонией отмечается увеличение содержания: холестерина и общего билирубина соответственно на 20,4% и 22,6% по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров» ($p<0,001$); эритроцитов, лейкоцитов, α_1 – глобулинов и глюкозы соответственно на 7,5%; 5,5%; 6,1% и 6,1% по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров». У военнослужащих с миокардиодистрофией и миокардиосклерозом наблюдается повышение эритроцитов, лейкоцитов и α_1 – глобулинов

соответственно на 7,5%; 5,8% и 6% по сравнению с военнослужащими с диагнозом «Здоров».

Полученные данные согласуются с известными представлениями, что нервно-эмоциональное перенапряжение, профессиональные особенности военного труда, климатические и экологические факторы отрицательно влияют на механизмы адаптации и способствуют возникновению различных дизадаптационных состояний (Агапов И.В. [и др.], 2001; Боченков А.А., Кантур В.А., 2004; Онищенко А.Н., Котляр Д.Л., 2007; Загородников Г.Г., 2012).

Захаров М.В., Корольков О.А., Железный О.Г., Сизов Д.Н., Потапчук В.Б.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, Клиника нефрологии и эфферентной терапии.

Цель исследования: оценка результатов последовательного применения сорбционных и мембранных методов экстракорпоральной гемокоррекции в комплексной интенсивной терапии пациентов тяжелым абдоминальным сепсисом.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов (мужчин – 13 (65%), женщин – 7 (35%) человек) с тяжелым абдоминальным сепсисом, находившихся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии хирургических клиник академии с 2014 по 2015 г.г.

Диагноз сепсис верифицирован на основании наличия очага инфекции, положительных бактериологических исследований биологических жидкостей, двух и более признаков ССВР, высокого уровня прокальцитонина, С-реактивного белка, ЕАА-анализа уровня активности эндотоксина. Всем пациентам, после выполнения хирургического пособия, проводилась стандартная интенсивная терапия (в соответствии с рекомендациями SSC 2012) в комбинации с методами экстракорпоральной гемокоррекции. Тяжесть состояния по шкалам APACHE II и SOFA составила 30,2±4,2 и 13,1±3,5 баллов соответственно. Средний возраст пациентов – 54,1±16,5 года. Экстракорпоральную гемокоррекцию начинали с проведения операции селективной ЛПС-адсорбции по вено-венозному контуру с использованием сорбционной колонки Alteco LPS Adsorber (Alteco Medical, Швеция) кратностью 2 процедуры ежедневно, скорость кровотока 120 мл/мин, длительностью 2 часа с последующим проведением непрерывной гемофильтрации/гемодиафильтрации, как терапии острого почечного повреждения, на аппаратах Diapact CRRT фирмы «B.Braun» (ФРГ) и Multifiltrate фирмы «Frezenius Med Care» (ФРГ), по вено-венозному контуру, антикоагуляция обеспечивалась гепарином (10-20 ед/кг/час) под контролем показателей АЧТВ, АСТ. В группу клинического сравнения включили 22 пациента с тяжелым абдоминальным сепсисом и ПОН сопоставимые по основным клиническим и лабораторным показателям, в комплексную интенсивную терапию которых были включены только постоянные и продленные методы заместительной почечной терапии (гемофильтрация/гемодиафильтрация).

Результаты. Последовательное применение процедуры селективной ЛПС-адсорбции и методов заместительной почечной терапии позволило максимально эффективно купировать клинические признаки тяжелого сепсиса/септического шока. В процессе терапии пациентов отмечено повышение СрАД на 17%, повышение индекса оксигенации на 30%, положительная рентгенологическая динамика, тенденция к снижению лейкоцитоза, снижение температуры тела, снижение уровня активности эндотоксина (ЕАА) на 15%, снижение уровня РСТ на 60%. Наблюдалось уменьшение основных показателей эндотоксикоза, коррекция кислотно-основного и электролитного состава крови. 28-дневная

выживаемость составила 12 пациентов (60%), в группе клинического сравнения – 8 пациентов (32%).

Выводы. При развитии грамм-отрицательного тяжелого сепсиса, применяемая тактика последовательного применения селективной ЛПС-адсорбции и методов заместительной почечной терапии позволила в совокупности с комплексом интенсивной терапии повысить 28-дневную выживаемость с 32% до 60% у крайне тяжелой категории больных.

Захаров М.В., Потапчук В.Б., Сизов Д.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ «НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТА АНТИБИОТИКОВ» В СОСТАВЕ ОПЕРАЦИЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, Клиника нефрологии и эфферентной терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения направленного транспорта антибиотиков, проводимого на завершающем этапе операции плазмообмена с плазмосорбцией.

Материалы и методы. В исследование было включено 136 пациентов с эндотоксикозом инфекционно-воспалительного генеза. У 80 - использовали плазмообмен с плазмосорбцией на активированных углях, у 56 - аналогичная процедура завершалась применением метода «направленного транспортома антибиотиков». Для этого на начальном этапе процедуры плазмообмена получали 200 мл клеточной массы. В контейнер с клеточной массой добавляли разовую дозу антибиотика в стандартном разведении в соответствии с предполагаемой чувствительностью микробиоты в очаге инфекции и 2 мл 1% раствора АТФ. Далее контейнер инкубировали в термостате при температуре 37 °С в течение 45 минут. Клеточную массу разбавляли изотоническим солевым раствором и переливали больному по завершении перфузионной процедуры. Выбор антибактериального препарата осуществляли на основании чувствительности микроорганизмов, выделенных из содержимого очагов гнойного воспаления. В качестве антибактериальных препаратов использовали имипенем с циластатином, меропенем, цефотаксим, амикацина сульфат, ванкомицин в разовых дозах.

Результаты исследования. На основании изучения результатов лечения 56 больных установлено, что применение на завершающем этапе операции плазмообмена с плазмосорбцией введения экстракорпорально модифицированной антибактериальным препаратом клеточной массы оказывало отчетливо больший терапевтический эффект, чем использование изолированного плазмообмена с плазмосорбцией, примененного в лечении 80 больных. В исследуемой группе пациентов отмечено статистически достоверное снижение лейкоцитоза с 14,8 ± 2,0 до 10,2 ± 0,8 х 10^9/л, в то время как в контрольной группе это снижение происходило в меньшей степени (с 15,6 ± 1,5 по 13,6 ± 0,3 х 10^9/л), скорости оседания эритроцитов с 42,9 ± 3,0 мм/ч до 30,1 ± 3,2 мм/ч, а в контрольной группе - с 45,6 ± 2,7 до 38,4 ± 2,5 мм/ч, увеличение абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови и, как следствие этого, снижение интегрального показателя степени проявления системной воспалительной реакции - лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в 3 раза (с 5,8 ± 2,5 до 2,0 ± 0,8 ед.), в то время как в контрольной группе ЛИИ снизился всего лишь в 2 раза (с 9,6 ± 2,7 до 5,8 ± 1,1 ед.). У больных контрольной и исследуемой групп также было отмечено снижение маркеров эндотоксемии. Характерно снижение показателя индекса токсичности плазмы (молекулы низкой и средней молекулярной массы по М.Я.Малаховой) в контрольной группе с 39,5 ± 8,3 усл. ед. до 22,9 ± 5,2 усл. ед., а в исследуемой группе - с 30,2 ± 4,5 усл. ед. до 13,8 ± 4,6 усл. ед. Это, в свою очередь, повлияло на изменения концентрационного индекса моча/плазма крови по средним молекулам, что свидетельствовало об усилении выведения эндогенных токсичных субстанций с мочой.

Обсуждение и выводы. При дополнении основной перфузионной процедуры направленным транспортом антибиотиков более выраженный эффект лечения достигается как за счет непосредственного детоксицирующего действия процедуры, так и за счет улучшения доставки антибиотика в фагосомах нейтрофилов непосредственно в очаг инфекции, а также вследствие улучшения микроциркуляции.

Захаров М.В., Потапчук В.Б., Сизов Д.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТААНТИБИОТИКОВ» У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, Клиника нефрологии и эфферентной терапии.

Целью исследованияявилось изучение эффективности «направленного транспорта антибиотиков» - экстракорпоральной антибиотикотерапии у больных вирусно-бактериальной пневмонией.

Материалы и методы исследования.Применение метода экстракорпоральной антибиотикотерапии как самостоятельного способа лечения было выполнено у 26 больных с вирусно-бактериальной пневмонией. Показаниями к проведению данного метода лечения считали наличие инфекционного очага при отсутствии значительных признаков эндогенной интоксикации, клинические проявления побочных и токсических действий традиционной антибиотикотерапии, отсутствие положительной клинической динамики на фоне традиционной антибактериальной химиотерапии. Применение экстракорпоральной антибиотикотерапии у больных осуществляли по протоколу, разработанному в Клиническом Центре экстракорпоральной детоксикации Военно-медицинской академии, следующим образом: у больного производили забор 400 мл крови в контейнер типа «Гемакон» с цитратным стабилизатором. Контейнер центрифугировали в течение 10 минут при скорости вращения 2000 об./мин. Отделяли плазму. В контейнер с клеточной массой добавляли разовую дозу антибиотика в стандартном разведении в соответствии с предполагаемой чувствительностью микробиоты в очаге инфекции и 2 мл 1% раствора АТФ. Далее контейнер инкубировали в термостате при температуре 37°С в течение 45 минут. Клеточную массу разбавляли изотоническим солевым раствором и переливали больному. В зависимости от проявлений эндогенной интоксикации удаленную плазму возвращали сразу (отдельно от клеток) или замораживали при температуре -21 °С и переливали после сорбционной обработки. Сеансы повторяли через 48 часов. Если проводилась многокомпонентная антибиотикотерапия, то системно вводился другой антибиотик.

Результаты исследования.В динамике течения вирусно-бактериальной пневмонии в процессе лечения с использованием метода направленного транспорта антибиотиков отмечалось значимое уменьшение показателей системной воспалительной реакции на 3-й сутки по сравнению с аналогичными показателями до проведения экстракорпоральной антибиотикотерапии. Было отмечено статистически достоверное уменьшение лейкоцитоза с $16,5 \pm 2,0$ до $8,2 \pm 1,2 \times 10^9$/л, лейкоцитарного индекса интоксикации с $4,1 \pm 1,0$ ед. до $2,0 \pm 0,5$ ед., скорости оседания эритроцитов с $42,9 \pm 3,0$ мм/ч до $37,1 \pm 3,2$ мм/ч, а также увеличение абсолютного числа лимфоцитов с $1,37 \pm 0,07$ до $2,1 \pm 0,1 \times 10^9$/л. Установлено, что при проведении антибиотикотерапии методом направленного транспорта в активированных аутонейтрофилах отсутствовали нефро- и гепатотоксические осложнения, а переносимость и доступность самой антибактериальной химиотерапии становилась значительно выше.

Выводы**.** Применение такого варианта лечебного пособия возможно как в качестве самостоятельного этапа лечения, так и в составе комбинированной антибиотикотерапии, что повышает эффективность этиотропного воздействия в комплексном лечении вирусно-бактериальной пневмонии**.**

Захаров М.В., Потапчук В.Б., Железный О.Г.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИИ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РАБДОМИОЛИЗЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, кафедра нефрологии и эфферентной терапии.

Рабдомиолиз – синдром, проявляющийся разрушением мышечной массы, сопровождающийся резким повышением уровня креатининфосфокиназы (КФК), миоглобина крови, приводящий к развитию острой почечной недостаточности.

Для предупреждения развития острого почечного повреждения была изучена возможность проведения селективной плазмофильтрации с целью удаления продуктов повреждения мышечной ткани у больного с синдромом рабдомиолиза. Этиологическим фактором являлось первичное физическое напряжение. Объективно синдром рабдомиолиза проявлялся выраженным болевым синдромом, напряженным отеком нижних конечностей без нарушения проходимости артерий, повышение уровня креатининфосфокиназы до 1940 IU/l, миоглобина до 138 нг/мл. Показаний к началу проведения заместительной терапии функции почек не было.

Селективная плазмофильтрация осуществлялась на аппарате DiapactCRRT (B.Braun, Германия) с использованием фракционатора плазмы Evaclio 2C20 (KawasumiLaboratories, Inc., Япония). Обьем эксфузии фильтрата составил 3 ОЦП (7500 мл). Замещение осуществлялось полиэлектролитным нормокалиемическим раствором Duosol (B.Braun, Германия) – 610 мл и 10% раствором альбумина 1200 мл.

В результате проведения селективной плазмофильтрации отмечено значимое уменьшение размеров отека поврежденных конечностей, интенсивности болевого синдрома, снижение уровней креатининфосфокиназы до 829 IU/l, миоглобина до 104,4 нг/мл в 1-е сутки после проведения операции. На 2-е сутки отмечалось снижение этих показателей до 199 IU/l и 60,8 нг/мл соответственно. В этот период не было отмечено изменений клубочковой фильтрации (111,4 мл/мин), и канальцевой реабсорбции (96,6%). В дальнейшем на 3-и сутки произошла нормализация лабораторных показателей. Длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составила 4 суток. Показаний к проведению какого-либо оперативного или экстракорпорального пособия не было.

Фракционатор плазмы Evaclio 2C20 имеет размер пор 20 нм. Во время процедуры коэффициент удаления составил для миоглобина (Mr 17 кДа) 94%, ИЛ-6 (Mr 21-28 кДа) – 77%, альбумина (Mr 69 кДа) – 4%, КФК (Mr 82 кДа) – 0,3%.

Полученные результаты дают основание предположить, что в лечении синдрома рабдомиолиза с высокими показателями повреждения мышечной ткани на этапе отсутствия показаний к проведению для заместительной терапии функции почек возможно использование селективной плазмофильтрации для предупреждения развития острой почечной недостаточности.

Захарова Н.Г.[1], Дворак С.И[1,2],Степанова Е.В.[1], Болехан В.Н. [2], Орлова Е.С. [2], Гусев Д. А[1].

ОЦЕНКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Санкт-Петербург, [1]СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»,

Санкт-Петербург, [2] Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Бактериальные инфекции у ВИЧ-инфицированных больных вызываются различными микроорганизмами уже на ранних стадиях заболевания. По мере нарастания иммунодефицита повышается риск развития тяжелых бактериальных осложнений и увеличивается этиологическая роль условно-патогенных слабовирулентных микроорганизмов, в том числе госпитальных штаммов. Устойчивость этих штаммов к антимикробным препаратам (АМП) значительно выше, чем у возбудителей внебольничных инфекций. Изучение структуры возбудителей и локального спектра их устойчивости к АМП является актуальным и ключевым моментом в выборе антимикробной терапии, непосредственно влияющей на исход лечения больных с тяжелыми бактериальными осложнениями.

Целью исследования явилось изучение этиологической структуры бактериальных осложнений у больных ВИЧ-инфекцией и оценка резистентности возбудителей к АМП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов, проходивших лечение в стационаре Центра СПИД в 2013-2014 гг. При поступлении в стационар все больные находились в фазе прогрессии ВИЧ-инфекции, в том числе 16 – в стадии 4В, 4 – 4Б, 2 – 4А. Содержание CD4-Тлимфоцитов в крови обследуемых в среднем составило – 166 кл/мкл (11,3 %). На момент госпитализации 6 больных получали ВААРТ, из них 3 – самостоятельно прервали лечение, 16 пациентов терапию не получали. По направлению поликлиники Центра были госпитализированы 17 человек, 5 были переведены из других соматических стационаров города. Каждый третий больной имел повторную госпитализацию в течение года. 4 пациента указали на прием антибиотиков за последние 6 месяцев. Число мужчин и женщин соотносилось как 2,6:1 (16/6) средний возраст 42,3 года (от 31 до 78 лет). Все больные были обследованы бактериологически в связи с длительной лихорадкой и имели положительные результаты посевов из биологических материалов: кровь, бронхоальвеолярный лаваж, мокрота, моча, отделяемое из раневой поверхности. У 7 пациентов был установлен клинический диагноз бактериальной инфекции.

Результаты. Этиологическая структура возбудителей бактериальной инфекции у больных с установленными клиническими диагнозами была представлена следующим образом: *A. baumanii* и *K. pneumonia* выделялись при пневмонии; *A. baumanii* и *S. haemolyticus* – при септицемии, *S. hominis* – при сепсисе. У больного с остеомиелитом из раневой поверхности выявлена микробная ассоциация одновременно трех микроорганизмов: *P. aeruginosa, K. pneumoniae, C. striatum.*

Грам (+) микроорганизмы (*S. haemolyticus, S. hominis*) оказались устойчивы ко всем b-лактамным антибиотикам, в т.ч. к пенициллинам (бензилпенициллин), цефалоспоринам I-IV, монобактамам (азтреонам), эритромицину, триметоприму сульфаметоксазолу, норфлоксацину. Обладали активностью к указанным возбудителям: клиндамицин, ванкомицин и линезолид. Штамм *K. pneumonie* (Грам-) оказался чувствительный ко всем исследуемым антибактериальным препаратам: амоксициллину клавуланату, цефотаксиму, цефокситину, азтреонаму, гентамицину, ципрофлоксацину. У неферментирующих (Грам-)

бактерий (*A. baumanii, P. aeruginosa*) определялась полирезистентность ко всем группам препаратов, в том числе и карбапенемам.

Заключение: основными возбудителями, вызвавшими тяжелые бактериальные осложнения у больных ВИЧ-инфекцией в стадии глубокого иммунодефицита, являлись условно-патогенные микроорганизмы с широким спектром резистентности к антимикробным препаратам.

Зимина В.Ю., Жуковский Н.С., Карчикьян П.О., Савинова Е.Б., Назаров Е.М., Тепляков Д. В.

ПРОБЛЕМЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО РИСКА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С.Кушаковского

ГУЗ Покровская Больница, отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения

СтрессЭхоКГ является признанным методом выбора для определения коронарного риска пациента с ИБС. Выявление 2 и более сегментов с обратимыми нарушениями сократимости являются маркерами положительного стресс-теста. Основными ограничивающими точность метода обстоятельствами является качество локации, кратковременность нарушений локальной сократимости и недостаточная для появления нарушений кинетики миокарда нагрузка. Все перечисленные факторы способны привести к ложноотрицательному заключению по результатам пробы. На основании опыта работы кабинета функциональной диагностики ОРХМДиЛ мы считаем действенными способами преодоления перечисленных трудностей – использование контрастных препаратов для улучшения качества визуализации эндокарда , а также для оценки перфузии, нарушение которой предшествует нарушениям локальной сократимости, выполнение максимального теста, за исключением ситуаций, в которых такой подход противопоказан, а также непрерывное мониторирование локальной сократимости, что возможно при использовании для теста горизонтального ВЭМ. Качественные результаты стрессЭхоКГ в ряде случаев доказывают гемодинамическую значимость визуально незначительных стенозов. В спорных случаях необходимо применение дополнительных методов диагностики, например внутрикоронарного УЗИ для верификации гемодинамически значимого стеноза.

Зобов А.Е., Кузин А.А.

АСПЕКТЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

г.Санкт-Петербург, ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ

В современных условиях профилактика артифициального заражения гемоконтактными инфекциями является крайне острой проблемой для персонала медицинских организаций.

Постоянное увеличение количества инвазивных диагностических и лечебных процедур, нарушения дезинфекционного и стерилизационного режима, относительно высокая заболеваемость пациентов медицинских организаций и травмы медицинского персонала при осуществлении манипуляций способствуют активизации артифициального пути передачи гемоконтактных инфекций (в т.ч. ВИЧ-инфекции), которые вносят существенный вклад в структуру профессиональной заболеваемости медицинского персонала.

Согласно требованиямСанПиН 2.1.3.2630 - 10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (далее - СанПиН 2.1.3.2630 - 10) каждый пациент должен рассматриваться, как потенциальный источник гемоконтактных инфекций, поэтому при выполнении работ персонал должен находиться в средствах индивидуальной защиты, в том числе в медицинских перчатках.

Использование перчаток позволяет минимизировать риск инфицирования, при этом существенное значение имеет соблюдение медицинским персоналом правил использования перчаток, в том числе – и при аварийных ситуациях.

Между тем, требования основных нормативных документов по данному вопросу принципиально различаются. Так, пункт 15.19.5. СанПиН 2.1.3.2630 - 10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" требует при уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода. Повышению риска инфицирования в этом случае будет способствовать дополнительная инокуляция частиц биологического субстрата в рану при мытье рук.

В то же время пункт 8.3.3.1. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5. 2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» и Приложение 12 к СанПиН 2.1.3.2630-10 требуют от медицинского работника в случае порезов и уколов немедленно обработать и снять перчатки (прямое противоречие внутри самого СанПиН 2.1.3.2630-10) и далее аналогично обработать руки.

Поскольку нормативный статус санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН выше, чем статус санитарно-эпидемиологических правил СП, формально необходимо руководствоваться требованиями п.15.19.5 СанПиН 2.1.3.2630 – 10, т.е. начинать обработку рук не снимая перчаток. Однако с эпидемиологической точки зрения риск заражения тем выше, чем позднее будет обработана рана и удалено инфицирующее начало. И требование обрабатывать руки не снимая перчаток приводит к увеличению времени контаминации раны и, соответственно, к увеличению риска заражения.

Как видим, некорректные требования руководящих документов могут влиять на возникновение случаев артифициального заражения гемоконтактными инфекциями при аварийных ситуациях.

Таким образом, представляется целесообразным при аварийных ситуациях, связанных с нарушением целостности перчаток и кожных покровов, незамедлительно обрабатывать и снимать перчатки, проводя дальнейшую обработку рук установленным пунктом 15.19.5. СанПиН 2.1.3.2630 - 10 порядком.

Иванов А.С., Азизов М.Н., Лукавецкий А.А.

СРАВНЕНИЕ ЦВЕТА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ КОЛОРИМЕТРА

Санкт-Петербург (кафедра терапевтической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова)

Актуальность этого исследования вызвана трудностью выбора цвета восстановительного материала (цемента, керамики) для возмещения дефекта эмали коронки зуба. Сложность подбора цвета материала вызвана многими факторами. Эта освещенность помещения и рабочего места, отсутствие данных о сроках годности цветовых щкал расцветок зубов, цвета слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования заключалась в сравнении цветовых расцветок зубов с помощью колориметра VITA*Easyshade*..

Материал и методы исследования.Вначале разработали протокол исследования , который включал определение общей освещенности и освещенности рабочего места стоматолога с помощью аппарата люксометра. Выбраны популярные у стоматологов шкалы

цветовых расцветок зубов (VITALuimnVACUUM,VITASYSTE 3 D –MASTER ,SPOFADENT,IVOCRYL).Для исключения ошибок в сравнении цветовых шкал зубов использовали колориметр VITA*Easyshade*..Определение цвета проводили трижды и высчитывали среднее значение.

Результаты исследования. Освещенность помещения в среднем составляла 350-450 лк освещенность рабочего места врача стоматолога была аналогичной. Вначале провели сравнение между цветовыми шкалами, оказалось что их цвета не всегда совпадают. Отсутствие идентичности потребовало сравнения цветовых шкал с помощью цифрового колориметра VITA*Easyshade*.. Данные цвета колориметра VITA*Easyshade* и шкалы SPOFADENT полностью не совпадали и смещены были в светлую сторону, что должно соответствовать цвету А-1. Не совпали цвета и цветовых расцветок шкал зубов фирмы VITALuimnVACUUM,VITASYSTE 3 D –MASTER. Расхождение данных тоже смещались как и при оценке расцветок цвета зубов SPOFADENT, IVOCRYL.

Выводы. Проведенное исследование сравнение точности определения и идентичности цвета шкал расцветок зубов, показало вариабельность их данных не смотря на одинаковые гигиенические условия рабочего помещения. Соответственно дало обоснование трудности в работе врачей стоматологов при выборе цвета пломбировочного материла, пластмассы или цвета керамики.

Использование для определение цвета зуба цифрового колориметра VITA*Easyshade.* позволяет точнее определят и подбирать цвет пломбировочного материала или керамики, исключает возможную ошибку срока годности данной расцветки зубов или ее загрязненности входе работы врачом стоматологом.

ИванусаС.Я., ЛазуткинМ.В., ШершеньД.П., ЕлисеевА.В., ЩербаковН.В.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА.

Санкт-Петербург, ВМедА, кафедра общей хирургии

Целью настоящего исследования является сравнение возможностей различных методов хирургического лечения хронического билиарного панкреатита.

Проведен анализ результатов лечения 67 пациентов с хроническим билиарным панкреатитом на фоне холедохолитиаза в сочетании с патологическими изменениями зоны большого дуоденального сосочка и признаками панкреатобилиарной гипертензии, подвергшихся оперативному лечению.У всех пациентов в анамнезе были приступы острого панкреатита, а также наличие одного или нескольких признаков хронического панкреатита: кистозные образования, стриктуры интрапанкреатической части общего желчного протока, индуративный панкреатит, а также наиболее частые клинические проявления, такие как болевой синдром, признаки внешнесекреторной или эндокринной недостаточности. В зависимости от избранной тактики хирургического лечения сформированы четыре группы пациентов.

В первой группе из32 (47,7%) человек применены миниинвазивные технологии. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, как окончательный метод хирургического лечения, выполнена у 16 (50,0%) пациентов. Показаниями к операции являлись: наличие как изолированной стриктуры большого дуоденального сосочка, так и в сочетании с конкрементами в общем желчном протоке, с формированием билиарной гипертензии, отсутствием острых воспалительных изменении в желчном пузыре, или холецистэктомией в анамнезе.Средний срок лечения составил12 $^{+}$5суток.У 16 (50,0%) пациентов после папиллосфинктеротомии возникли показания к повторному хирургическому вмешательству. В связи с техническими трудностями эндоскопического извлечения крупных конкрементов, либо при наличии анатомических особенностей, 9 пациентам выполнена лапароскопическая

холецистэктомия, литоэкстракция, наружное дренирование общего желчного протока. Трём пациентам с выявленным микрохоледохолитиазом после папиллосфинктеротомии выполнена холецистэктомия без наружного дренирования общего желчного протока. Папиллосфинктеротомия явилась неэффективной у 4 пациентов с протяжёнными стриктурами общего желчного протока, им выполнено эндоскопическое ретроградное либо чрескожное чреспечёночное антеградное стентирование холедоха. Средний срок лечения при двухэтапном лечении составил 28 $^{\pm}$ 7 дней.

Во второй группе первым этапом выполнена холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока 9 (13,4%) пациентам в связи с выявленными на дооперационном этапе крупными конкрементами, наличием воспалительных изменений в желчном пузыре и явлениями холангита. Вторым этапом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Причиной послужили выявленные при контрольной фистулографии патологические изменения в терминальном отделе холедоха (стриктуры, конкременты, дивертикулы). Средний срок лечения составил 25$^{\pm}$ 7 дней.

В третьей группе пациентов из 21 (31,3%) выполнена диссоциация общего желчного и главного панкреатического протока. Средний срок лечения составил 23 $^{\pm}$5 дня. При исследовании отдалённых результатов выявлено, что данное оперативное вмешательство явилось окончательным методом хирургического лечения.

В четвёртой группе из 5 (7,4%) человек выполнен холедоходуоденоанастомоз на фоне рецидивного холедохолитиаза. Средний срок лечения составил 25 $^{\pm}$5 дня. В отдалённом периоде 3 пациентам выполнены эндоскопические вмешательства в зоне анастомоза в связи с его сужениями на фоне хронического холангита.

Характерным осложнением после папиллосфинктеротомии являлось кровотечение из зоны большого дуоденального сосочка, с которыми во всех случаях удалось справиться эндоскопически. Среди пациентов первой группы отмечено 3 (4,4%) летальных исхода. Причиной смерти явилась прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне выраженных сопутствующих заболеваний. В других группах летальных исходов не было.

Таким образом, при использовании миниинвазивных технологий в лечении хронического билиарного панкреатита в сочетании с холедохолитиазом и патологией зоны большого дуоденального сосочка в 50% случаев больные нуждаются в многоэтапном хирургическом лечении. Более чем у 61% пациентов с хроническим билиарным панкреатитом в сочетании с холедохолитиазом и стриктурами большого дуоденального сосочка причину пакреатобилиарной гипертензии удаётся разрешить эндоскопическими методами.

Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Онницев И.Е., Игнатович И.Г., Арутюнян О.А., Навматуля А.Ю., Житихин Е.В.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра общей хирургии.

В структуре онкологических заболеваний рак толстой кишки занимает 3 место. В 2014 году в РФ впервые зарегистрировано около 13 000 больных со злокачественными новообразованиями прямой кишки, умерло около 8 000 пациентов (Каприн А.Д., с соавт., 2016 г.). Развитие эндовидеохирургических операций позволило выявить ряд важных преимуществ данного метода по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами: малая травматичность; минимальный объем интраоперационной кровопотери и меньший процент послеоперационных осложнений; предупреждение развития спаечного процесса в брюшной полости; уменьшение потребности в обезболивающих препаратах; минимальные

сроки реабилитации и выписки из стационара. (Луцевич О.Э. с соавт., 2010; Хатьков И. Е. с соавт., 2012; Bretagnol F. et al., 2008).

Цель работы: улучшение функциональных результатов и показателей качества жизни больных раком средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2015 год выполнено 19 эндовидеоскопических вмешательств по поводу рака средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки.

Все хирургические вмешательства были выполнены по поводу аденокарциномы, различной степени дифференцировки. Пациентам выполнялась лапароскопическая парциальная и тотальная мезоректумэктомия (в зависимости от локализации опухоли). Обязательным условием отказа от наложения стомы являлась состоятельность анастомоза. Анализируя послеоперационное патоморфологическое исследование, опухолевый процесса по TNM имел следующее распространение: T2-3N0M0 (n=8) и T2-3N1-2bM0 (n=8), T3-4N1-2bM1a (n=3) заболевания. Средняя продолжительность операции – 208 мин. Интраоперационная кровопотеря 70±30 мл.

Лапароскопически ассистрированные передние аппаратные резекции прямой кишки выполнялись при соблюдении следующих условий: локализация опухоли на 7-8 см и выше от анокутанной складки; Возможность осуществить резекцию прямой кишки ниже опухоли на 2 см.

Огромное значение придается соблюдению принципов онкологического радикализма, что заключается в выполнении мезоректумэктомии, а также в соблюдении дистальной границы резекции прямой кишки (границы резекции составило 2-3см). Во всех случаях, поражения краев резекции опухолевыми клетками не определялось. Превентивная колостома не накладывалась. Конверсий доступа не было. Летальность – 0, частота послеоперационных осложнений: анастомозит n=1.

Восстановление перистальтики у 85,26% больных происходило на 2-е сутки, самостоятельный стул появлялся к 4-5 суткам. Среднее время назначения анальгетиков составляло 4 дня. Средняя продолжительность койко-дней составила 9±4 суток.

Выводы. Применение эндовидеохирургических операций в лечении пациентов позволяет улучшить ближайшие результаты лечения, сократить число послеоперационных осложнений. Наличие отдаленных метастазов в печени при компенсированном функциональном состоянии печеночной паренхимы, адекватная предоперационная подготовка толстой кишки позволяет отказаться от наложения превентивной колостомы.

Ивануса С.Я., Онницев И.Е., Янковский А.В.

РЕИНФУЗИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНО МОДИФИЦИРОВАННОЙ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ.

Кафедра общей хирургии Военно-медицинской академии, г. Санкт-Петербург

Асцит-один из наиболее распространенных вариантов осложнений цирроза печени, встречающийся более чем у 50 % больных. В 10 % случаев у пациентов асцит приобретает резистентный характер. Более 50% из этих больных погибают в течение года. Данные мировой литературы свидетельствуют о благоприятном влиянии на течение заболевания лапароцентеза, фракционной эвакуации асцитической жидкости с последующей реинфузией экстакорпорально модифицированной асцитической жидкости. (MaedaS, YabuuchiJ, NobutaH, MakiishiT, HiroseK. 2015, Рахимов А.Т., Кузнецов А.Н. 2015г, Абдурахманов Б.А., Ганцев Ш.Х., Кулакеев О.К. 2011г.)

Цель: Оценить эффективность применения реинфузии экстракорпорально модифицированной асцитической жидкости в лечении цирроза печени, осложненного диуретикорезистнентным асцитом.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 83 пациентов, подвергшихся лапароцентезу, эвакуации асцитической жидкости.

В зависимости от тактики лечения сформированы 2 группы пациентов. В первой группе из 40 человек выполняли лапароцентез, фракционную эвакуацию асцитической жидкости с возмещением потери белка переливанием 25% альбумина из расчета 6 г на 2 литра удаленной жидкости. Вторую группу составили 43 пациента, которым выполняли лапароцентез, эвакуациию асцитической жидкости с последующей экстракорпоральной обработкой при помощи диализатов с супер-высокопроницаемыми мембранами и последующей реинфузией.

Результаты: По данным анализа результатов лечения во второй группе пациентов отмечается увеличение суточного диуреза до 1300мл ±120мл по сравнению с первой 900±80 мл, увеличение экскреции натрия с мочой во второй группе 132±7 ммоль/л по с равнению с первой 120 ± 6 ммоль/л, увеличение концентрации альбумина в сыворотке крови во второй группе до 33,4 ±1,5 г/л по сравнению с первой до 28,2 ± 1,2 г/л, снижение количества молекул средней массы в плазме крови во второй группе до 0,254±0,098 ед. по сравнению с первой группой - 0,298±0,045 . Длительность лечебного эффекта (интервалы между рецидивами асцита) во второй группе сохранялись от 3 месяцев до 1 года, когда в первой группе не более 2 месяцев.

Вывод: Реинфузия экстракорпорально модифицированной асцитической жидкости показывает более высокую эффективность по сравнению с традиционной коррекцией белковых потерь и водно-электролитных нарушений на фоне эвакуации асцитической жидкости. Патогенетические механизмы воздействия нативных белковых фракций требуют дальнейшего изучения.

Иернегов В.В. Фархуллин А.И.

МЕТОД НАПРАВЛЕННОЙ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВЫХ СЕТОК ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ОДНОВРЕМЕННО ПО ГОРИЗОНТАЛИ И ПО ВЕРТИКАЛИ.

г. *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*

Одним из условий выполнения операции дентальной имплантации является достаточный объем костной ткани. По данным литературы, при частичной или полной адентии частота различных вариантов уменьшения альвеолярного костного объема на верхней и нижней челюстях составляет не менее 30%.

В клинических ситуациях, когда необходимо создать объем костной ткани одновременно по вертикали и по горизонтали, перспективным является применение метода направленной костной регенерации с использованием титановых сеток. Показанием является увеличение объема костной ткани от 4 мм. Титановая сетка имеет ряд преимуществ в отличие от резорбируемых мембран. Во-первых предотвращает давление со стороны мягких тканей на зону костной регенерации за счет титанового каркаса, во-вторых позволяет восстанавливать костную ткань в строго заданном объеме и направлении. Титановую сетку необходимо удалить в период от 6 до 9 месяцев.

Пациент К. 57 лет поступил по поводу частичной вторичной адентии нижней челюсти (1 класс по Кеннеди), атрофии беззубого альвеолярного края. После клинических и рентгенологических методов обследования было решено выполнить операцию реконструкции альвеолярного гребня методом направленной костной регенерации с использованием титановых сеток. В качестве трансплантата использовалась костная ткань из

гребня подвздошной кости и костно - пластический материал BIO-GEN (BioTeck).

Результаты операции свидетельствуют о создании достаточного объема костной ткани для последующей дентальной имплантации. Применение метода направленной костной регенерации с фиксацией зоны реконструкции титановыми сетками является перспективным подходом в ситуациях, когда необходимо восстановить значительный объем костной ткани.

Иорданишвили А.К., Веретенко Е.А.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И НУЖДАЕМОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ

г. Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Цель исследования состояла в определении частоты распространенности полной утраты зубов среди взрослых людей разных возрастных групп населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области, оценке их нуждаемости в устранении полной адентии, а также оценке их стоматологического статуса на основании изучения формы протезного ложа.

Для изучения распространенности полной утраты зубов, а также нуждаемости взрослых людей разных возрастных групп в её устранении, а также для изучения стоматологического статуса людей, страдающих полной утратой зубов были осмотрены и изучены первичные медицинские документы 8963 человек (5741 мужчин и 3222 женщин) в возрасте от 22 до 93 лет, обращавшихся со стоматологической помощью в разные стоматологические лечебно-профилактические учреждения Санкт-Петербурга и Ленинградской области. С целью возможности сравнения данных о частоте встречаемости полной утраты зубов у людей разных возрастных групп, а также нуждаемости в её устранении были сформированы три группы исследования. В первую группу вошли 3187 человек (1540 мужчин и 1647 женщин), которые проживали и получали стоматологическую помощь по обращаемости в разных районах Санкт-Петербурга. Вторую группу исследования составили 2288 (1134 мужчин и 1154 женщин) людей, которые проживали и получали стоматологическую помощь по обращаемости в лечебно-профилактических учреждениях Ленинградской области. В третью группу вошли 3486 (3065 мужчин и 421 женщина) человек, которые являлись военнослужащими или пенсионерами Министерства обороны РФ и получали стоматологическую помощь в рамках диспансерного метода в военно-медицинских учреждениях. Проведенное клиническое исследование показало, что среди людей, обращающихся за стоматологической помощью, с возрастом растет число пациентов, страдающих полной утратой зубов на одной или обеих челюстях. В молодом возрасте, как у мужчин, так и у женщин, основной причиной полной утраты зубов, наряду с быстропрогрессирующим пародонтитом, служат воспалительные процессы в костной ткани челюстей, обусловленные злоупотреблениями наркотиков. В пожилом и старческом возрасте число пациентов с полной утратой зубов на одной или обеих челюстях составляет от 9,8% до 38,38%, и зависит пола и возрастной группы людей. Частота встречаемости полной утраты зубов также отчетливо определялась местом проживания пациентов и реже встречалась у городских жителей, в отличие от жителей сельской местности, где стоматологической помощи менее доступна из-за удаленности стоматологических лечебно-профилактических учреждений от мест лечебно-профилактических учреждений от мест проживания людей. У людей старших возрастных групп, которые на протяжении своего работоспособного возраста находились под динамическим наблюдением у врача-стоматолога, в частности у военнослужащих и пенсионеров Министерства обороны РФ, полная утрата зубов встречается значительно реже – в 2,4 – 24,53% случаев. По-прежнему сохраняется высокая нуждаемость, как мужчин, так и женщин всех исследуемых возрастных групп в устранении полной утраты естественных зубов, которая достигает, не зависимо от места их проживания,

а также пола и возраста, 44,89 – 70,59%. В пожилом и старческом возрасте чаще встречаются челюсти с альвеолярными отростками (частями) 3 – 5 типа атрофии, которые из-за своих анатомических особенностей служат плохой опорой при использовании пациентами полных съёмных протезов. Это требует поиска средств и методов для улучшения фиксации и стабилизации полных съемных протезов, в том числе с применением протезных адгезивов, приёмов дентальной имплантации или замены их на несъемные или условно-съемные конструкции, так же фиксируемых на дентальных имплантатах.

Иорданишвили А.К., Гук В.А., Дубова А.С., Данилов Д.Ю.

ПСЕВДОАРТРОЗ КАК РЕЗУЛЬТАТ ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

г. Санкт-Петербург, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

Проблема сохранения здоровья, увеличения продолжительности и качества жизни, профилактики и лечения заболеваний у людей различных возрастных групп, особенно среднего и пожилого возраста, весьма актуальна для отечественной медицины. На фоне неуклонно увеличивающегося количества челюстно-лицевых повреждений является необходимость оптимизации существующих методов лечения и диагностики травм челюстно-лицевой области, а в особенности нижней челюсти.

Перелом нижней челюсти представляет большую медико-социальную проблему, так как составляет от 70 до 85% всех переломов костей лица. Очевидно, что совершенствование качества и уровня стоматологической помощи должно основываться на результатах эпидемиологических исследований и учитывать возрастные особенности патологии у лиц разных возрастных групп. Изучение особенностей клинического течения переломов нижней челюсти у пациентов старших возрастных групп крайне важно для совершенствования стоматологической помощи пациентам различных возрастных групп.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении переломов нижней челюсти, практикующим врачам на этапе реабилитации пациентов с переломами нижней челюсти приходится сталкиваться с псевдоартрозом.

Псевдоартроз – это патологическое состояние, выражающееся в стойком нарушении целостности и подвижности кости на протяжении, сопровождающееся нарушением ее функции. Ложный сустав может быть неблагоприятным исходом замедленной консолидации или травматического остеомиелита. Он развивается при условии потери участка костной ткани не более 5 мм. Причинами его формирования являются: поздняя и недостаточно эффективная иммобилизация отломков нижней челюсти; неправильное стояние костных фрагментов; внедрение мышцы между концами отломков; патологический перелом челюсти; воспалительный процесс; неадекватная общая терапия.

В основе формирования псевдоартроза как результат травматического остеомиелита, лежит гипоксия тканей и острый гнойно-воспалительный процесс, следствием чего является преобладание фиброгенеза над остеогенезом. Коллагеновые волокна соединяющие надкостницу костных отломков расположены перпендикулярно продольной оси челюсти, что не дает возможности образованию костной ткани. Имеющаяся фиброзная балка не дает возможности для нормальной регенерации. Изменяется направление и форма костных отломков, которые уже соединяются пластинкой из компактной кости.

Итогом всего процесса является образование фиброзной капсулы. На фоне замедленной консолидации – на 3-й неделе образовывается фиброзная ткань, 4-й неделе – костная и на ее фоне позже формируется замыкательная пластинка. Лечение только оперативное.

Иорданишвили А.К., Мироненко А.Н., Жданюк И.В.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, городская больница № 15

По данным Всемирной Организации Здравоохранения проблему улучшения качества медицинской помощи пытаются решить во всех странах мира (Л.А.Косткина, С.А.Анденко и соавт., 2010). Особого внимания заслуживают дефекты зубного протезирования и предшествующих ему подготовительных мероприятий, количество которых, в последние годы, имеет тенденцию к росту, как среди проходящих стоматологическую реабилитацию за счёт средств бюджета, так и за наличный расчёт (А.К.Иорданишвили и соавт., 2011).

Цель исследования состояла в оценке эффективности санационных мероприятий по подготовке полости рта к протезированию зубов, а также экономической целесообразности их проведения в полном объеме.

Материал и методика. На первом этапе клинического исследования оценивали эффективность проводимых подготовительных мероприятий перед протезированием зубов у 300 человек (105 мужчин и 195 женщин) в возрасте от 21 до 64 лет, которым была завершена подготовка полости рта к протезированию и выдана справка о санации. На втором этапе клинического исследования устанавливали причины, обусловившие необходимость переделки и реставрации зубных протезов в гарантийные сроки (12 месяцев) и определяли роль и место подготовительных мероприятий в их возникновении.

В результате проведенного исследования было установлено, что в стоматологических поликлиниках города Санкт-Петербурга после завершения подготовительных мероприятий нуждавшимся в зубном протезировании пациентам требовалось долечивание (продолжение санационных мероприятий) неосложненного кариеса в 13,3% случаев, лечение некариозных поражений твердых тканей зубов в 8%, гиперестезии - в10%, а в лечении пульпита и периодонтита нуждались соответственно 10,7% и 16% пациентов. Более 6% пациентам было необходимо выполнение хирургических зубосохраняющих операций по поводу хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции или удаление экзостозов. В лечении вялотекущего альвеолита нуждалось 4% пациентов, а 5% пациентов требовалось лечение патологии слизистой оболочки протезного ложа или поля по поводу красного плоского лишая, лейкоплакии и хронической трещины красной каймы нижней губы.

Из-за неэффективности подготовительных мероприятий затраты времени врача-стоматолога и трудоёмкость лечебно-подготовительных мероприятий по завершению санации полости рта, ремонту и повторному изготовлению зубных протезов в расчете на одного пациента, проходящего стоматологическую реабилитацию за счёт средств бюджета составляет при несъёмном протезировании 15,71±0,76 УЕТ и 314,3±12,0 мин., при изготовлении съемных протезов – 8366,8±352,3 УЕТ и 117,1±7,5 мин.; в расчёте на одного пациента, проходящего стоматологическую реабилитацию за плату: при несъёмном протезировании 53,9±0,3 УЕТ и 1078±0,52 мин., а при съёмном протезировании – 7,9±0,33 УЕТ и 158±5,6 мин.

Анализ эффективности подготовительных мероприятий перед протезированием зубов, экономической составляющей санации полости рта и протезирования зубов показали, что некачественно проведённая санационная работа, при проведении подготовительных мероприятий перед зубным протезированием пациентам, приводит к большому числу переделок и реставраций зубных протезов в гарантийные сроки пользования ими, на что расходуются существенные средства стоматологических поликлиник, принося

экономический ущерб лечебно-профилактическим стоматологическим учреждениям Санкт-Петербурга и других городов Российской Федерации.

Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Сериков А.А., Самсонов В.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ СТАРЕНИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
г. Москва, 3-й клинический военный госпиталь им. А.А.Вишневского;
г. Санкт-Петербург, Институт биорегуляции и геронтологии

В настоящее время в единичных научных работах, рассматривается возможность оптимизации репаративной регенерации костной ткани челюстей при старении.

Целью настоящего исследования явилось доклиническое изучение возможности применения пептидного биорегулятора «Карталакса» для оптимизации репаративной регенерации костной ткани нижней челюсти у старых крыс.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на 45 белых крысах-самцах линии Вистар массой 100 – 150 г. по методике М.М.Соловьева и соавт. (1992). Крысы были разделены на 3 группы: А (контрольная) – 15 крыс в возрасте 22-24 месяца (старость); Б (опытная – 1) группа – 15 крыс в возрасте 22-24 месяца (старость) которым со дня выполнения оперативного вмешательства ежедневно в корм добавляли «Карталакс» (схема введения препарата – 1); В (опытная – 2) группа – 15 крыс в возрасте 22-24 месяца (старость) которым за 30 суток до начала эксперимента ежедневно в корм добавляли «Карталакс» (схема введения препарата – 2). Животным обеих групп под внутрибрюшинным гексеналовым наркозом удаляли левый нижний резец.Животных выводили из опыта на 10, 20, 30, 60, 120 месяца после выполнения им операции по удалению зуба. Оценку течения процесса репаративного остеогенеза в лунке удаленного зуба у крыс обеих групп осуществляли с помощью световой микроскопии и морфометрии. При этом оценивали на единицу площади в процентном отношении доли костной, хрящевой и соединительной тканей в составе посттравматического регенерата.

Результаты и обсуждение. Изучение гистологических препаратов контрольной (А) и 1-ой опытной (Б) групп исследования с использованием световой микроскопии и морфометрии не выявило достоверных различий в течении репаративного остеогенеза в области лунки удаленного зуба во все сроки эксперимента. Таким образом, применение «Карталакса» для оптимизации репаративного остеогенеза при его использовании по схеме – 1, согласно которой использование препарата приходится на день начала эксперимента (день выполнения оперативного вмешательства) оказалось неэффективно. В тоже время при использовании «Карталакса» по схеме – 2 (2-ая (В) опытная группа животных), когда использование препарата начиналось за 30 суток до начала хирургического вмешательства на нижней челюсти экспериментального животного. В этой группе животных (группа В) отмечены положительные сдвиги в регенерации костной ткани по сравнению с контролем (группа А) и 1-ой опытной группой животных (группа Б), которые проявились в срок на 60-120 сутки от начала эксперимента. Эти сдвиги характеризовались тканевым составом сформированного сложного регенерата, который содержал меньшую долю соединительной и хрящевой ткани, а процессы ремоделирования новообразованной костной ткани регенерата, по сравнению с контролем, были более продвинуты. Проведенное гистологическое и морфометрическое исследование тканевого состава регенерата в лунке удаленного левого резца нижней челюсти старых крыс в разные сроки эксперимента (от 10 до 120 суток), а также статистический анализ полученного при морфометрии костного регенерата цифрового материала выявило возможности использования пептидного биорегулятора «Карталакс» для оптимизации репаративного остеогенеза при старении. В тоже время оптимизации регенерации костной ткани при использовании «Карталакса» удалось достичь только при

определенной схеме использования данного препарата, которая предусматривает длительное (1 месяц) его применение до оперативного вмешательства на нижней челюсти экспериментального животного (схема введения препарата 2). Представляется целесообразным апробировать использование «Карталакс» в клинической практике в целях оптимизации регенерации костной ткани челюстей в геронтостоматологии.

Искра Д.А., Дыскин Д.Е., Суворов А.В.

ПОСТВАСКУЛЯРНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

При сосудистой патологии головного мозга цефалгический синдром различной степени выраженности выявляется у значительного (до 65%) числа больных. Высокая распространенность головных болей при цереброваскулярных заболеваниях позволяет относить их к числу ведущих факторов, определяющих снижение качества жизни пациентов этой категории. Вместе с тем патогенез цефалгий при цереброваскулярной патологии до конца не изучен, в частности не определено место так называемой поствaскулярной головной боли (ПГБ) в структуре основного заболевания.

Целью исследования явился анализ характеристик ПГБ у больных с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения.

Было обследовано 250 больных с верифицированным диагнозом последствия острых нарушений мозгового кровообращения. Для исследования отбирались пациенты, у которых длительность заболевания составляла не менее 1 года. Все больные были разделены на возрастные группы 40-55, 56-69 и старше 70 лет (первая, вторая и третья группы сравнения соответственно). Алгоритм клинических исследований состоял в оценке характеристик боли по цифровой рейтинговой шкале, опроснику Мак-Гилла, шкале депрессии Бека.

В результате проведенного исследования ПГБ была обнаружена у 28% больных. Интенсивность цефалгии у обследованных пациентов составляла 4,7 балла. Причем наиболее часто ПГБ определялась в третьей, а наибольшая ее интенсивность – в первой группе. Во всех группах интенсивность цефалгии была выше у женщин.

Прослеживалась отчетливая тенденция к снижению сенсорного и эмоционального восприятия боли у пациентов более старшего возраста. Ранговый индекс боли по шкале Мак-Гилла в группах сравнения от первой к третьей составлял соответственно: 17,1; 16,4 и 16,5 баллов. Наиболее отчетливо указанная тенденция определялась у мужчин. Следует отметить, что характеристика сенсорного восприятия боли в группах сравнения у женщин (8,6; 9,5; 8,3 баллов) была достоверно выше, чем у мужчин (7,0; 7,0; 6,4 баллов). Аналогичные различия определялись и по аффективной (эмоциональной) составляющей боли: у женщин – 7,6; 7,1; 7,1 баллов; у мужчин – 7,0; 6,3; 5,7 баллов.

У всех пациентов было обнаружено нарастание уровня депрессии с возрастом: 11,3; 13,0; 18,7 баллов. Следует отметить, что депрессивные проявления в большей степени были выражены у женщин (14,0; 14,1; 20,3 баллов), чем у мужчин (9,8; 11,5; 15,2 баллов).

Таким образом, большая частота встречаемости ПГБ и снижение ее интенсивности в пожилом возрасте связаны с нарастанием выраженности сопутствующих депрессивных проявлений и снижением порога болевого восприятия. Зависимостью интенсивности цефалгии от болевого порога объясняется и сравнительно более высокая выраженность ПГБ у женщин.

Кабанов М.Ю., Аксенова Т.Е., Яковлева И.А.,

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург. СПб ГБУЗ Госпиталь Ветеранов Войн

Убедительно доказано, что эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография является достоверным диагностическим методом для выявления патологии панкреатобиллиарной системы, позволяет проводить широкий спектр миниинвазивных манипуляций на протоковой системе. Эфективность данного метода в руках опытного специалиста достигает 95%. ЭРХПГ широко используется в повседневной клинической практике, но к великому сожалению врачей, не лишен серьезных осложнений. Одним из наиболее опасных и часто встречающихся является острый постманипуляционный панкреатит (ОПП). Целью данного исследования являлось изучить возможные методы профилактики ОПП для пациентов старшей возрастной группы. Проведен анализ лечения пациентов с желчнокаменной болезнью за 2013-2015 гг. Среди всей патологии панкреатобилиарной системы на долю холедохолитиаза пришлось 15,1% - 546 пациентов. Средний возраст пролеченных больных составил 82 года. ЭРХПГ была выполнена 282 пациентам, у 11 из них развился ОПП - 4,2% (из всех осложнений - 7,2%). Основными факторами риска развития данного осложнения являются: трудная канюляция БДС с большим количеством попыток, тугое контрастирование панкреатисеского протока, дисфунция сфинктера Одди, женский пол, PancreasDivisum, отсутствие дилятации холедоха, нормальный уровень билирубинемии, опухоль внепеченочных желчных протоков. На сегодняшний день основными методами профилактики и лечения ОПП являеются: группа синтетических производных гормона соматостатина, препараты группы НПВС (диклофенак, индометацин), стентирование панкреатического протока, препараты группы ингибиторов протонной помпы. Пролеченных пациентов мы разделили на 3 группы. I – пациенты которые получали в пред- и послеоперационный период соматостатин – 229 человек, ОПП развился в 9 случаях – 3,9%. II – пациенты, которым перед интервенцией вводили в/м диклофенак – 30 человек, ОПП легкой степени тяжести возник на 3-е сутки в 1 случае и был спровоцирован погрешностями в диете. III – пациенты, которым производили профилактическое стентирование панкреатического протока – 23 человека. У 5 пациентов на 3-е сутки после постановки панкреатического стента наблюдалось формирование острых язв нисходящей и нижней горизонтальной ветвей ДПК, несвязанных с травматизацией слизистой стентом. Вероятно, причиной данного состояния явилось сочетание использование НПВС, постоянного агрессивного воздействия панкреатического сока на слизистую ДПК и сниженные регенераторные возможности слизистой. Следует отметить, что после удаления стентов и 7 дневного курса лечения блокаторами Н+, наблюдалось полное заживление слизистой ДПК.

Выводы. Коррекция возникших осложнений в большинстве случаев возможна эндоскопическими и консервативными методами. Диклофенак (индометацин) – группа лекартвенных препаратов с доказанной эффективностью профилактики ОПП может успешно применяться у пациентов пожилого и старческого возраста. Постановка стента в Вирсунгов проток позволяет снизить риск возникновения ОПП, но не исключает развитие пептических язв в сочетании с НПВС.

Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Семенцов К.В., Опенченко С.В, Яковлева И.А., Аксенова Т.Е..

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

(Санкт-Петербург, ГБУ СПБ «Госпиталь для ветеранов войн», СЗГМУ им. И.И. Мечников, ВМедА им. С.М. Кирова кафедра военно-морской хирургии).

Введение. Летальность от печеночной недостаточности после операций при опухолевом поражении гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), выполненных на фоне длительно существующей механической желтухи, достигает 30%, а в группе пожилого и старческого возраста – 45%. Это диктует необходимость выполнения на первом этапе различных видов дренирующих вмешательств, для восстановления функций печени и нормализации гомеостаза.

Целью исследования явилась оценка эффективности миниинвазивных вмешательств в лечении механической желтухи различного генеза у пациентов старшей возрастной группы.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 год нами было пролечено 260 пациентов с механической желтухой различного генеза. Средний возраст больных составил Me 77 (60; 96) год, уровень билирубина сыворотки крови при поступлении в стационар — 311 (54; 648) ммоль/л. Методы предоперационного обследования были стандартными для больных с механической желтухой.

Лечение пациентов исследуемых групп было разделено на два этапа. Из первичных вмешательств в случае доброкачественной этиологии заболевания предпочтение отдавалось эндоскопическим методикам, при злокачественном поражении – чрескожным вмешательствам. Эндоскопическая литоэкстракция была выполнена 70 пациентам, чрескожное желчеотведение – 173, видеоассистированная операция Монастырского – 17. При снижении уровня билирубина ниже 50 ммоль/л выполнялся второй этап оперативного лечения. При доброкачественной патологии органов ГПЗД 7 больным выполнена эндоскопическая литоэкстракция, 3 – эндопротезирование желчных протоков, 2 - чрескожная чреспеченочная литотрипсия с последующим эндопротезированием; при злокачественной этиологии – 47 лапаротомных вмешательств из них 17 ПДР, 94 – стентирований или эндопротезирований внепеченочных желчевыводящих протоков.

Результаты. Частыми осложнениями первого этапа лечения, с которыми мы столкнулись, были: холангит - у 26 пациентов, желчеистечение в свободную брюшную полость на фоне миграции дренажа в 4 случаях. Панкреатит среднетяжелого течения – 17, панкреонекроз – 5. Обтурация дренажей и стентов – 19, в 2 случаях эндоскопическая реканализация опухоли привела к перфорации ДПК. Так же из осложнений мы имели дело с: подкапсульной гематомой печени большого объема, гемобилией, разрывами слизистой желудка и кровотечением из зоны БДС, абсцессом поддиафрагмального пространства. Общая послеоперационная летальность составила 21%. Наиболее частыми причинами летальных исходов первого и второго этапов были: прогрессирование полиорганной недостаточности, ТЭЛА и сепсис.

Выводы. Таким образом, чрескожные и эндоскопические методы декомпрессии билиарного тракта являются эффективными методами лечения механической желтухи у пациентов пожилого и старческого возраста. Двухэтапная тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность. При высоком риске анестезиологического пособия показано выполнение стентирования или эндопротезирования внепеченочных желчевыводящих протоков, которые являются эффективными окончательными методами лечения, улучшающими качество жизни данной группы больных. Пожилой возраст не является противопоказанием для выполнения радикального хирургического вмешательства, но для улучшения результатов лечения необходимо комбинировать миниинвазивные вмешательства с традиционными.

Кабанов А.И., Чурашов С.В., Савченко И.Ф.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА ДО И ПОСЛЕ РЕФОРМ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2009 Г.

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Актуальность. В ходе реформирования Вооруженных СилРоссийской федерации (ВСРФ) в 2009г., вследствие объединения Дальневосточного военного округа (ДВО), Сибирского военного округа и Тихоокеанского флота (ТОФ) сформировалось новое объединённое стратегическое командование Восточного военного округа (ВВО). Результатом изменений состава и численности ВС РФ стало сокращение офтальмологических отделений гарнизонных и базовых госпиталей, изменилось количество врачей-офтальмологов. Все это нашло отражение на основных показателях работы до и после проведения реформы 2009г.

Цель работы: провести анализ основных показателей оказания офтальмологической помощи прикрепленному контингенту в Восточном военном округе до и после проведения реорганизационных мероприятий в ВС РФ в 2009 г.

Материалы и методы. Изучались основные данные годовых отчетов по форме 4 мед. главного специалиста ДВО, офтальмологических отделений ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, ФГКУ «321 ВКГ» МО РФ, 1477 ВМКГ ТОФ, а также их филиалов и структурных подразделений. Выполнена сравнительная оценка хирургической деятельности, кадровых перемен в военном округе в период с 2005 по 2010г. (I группа) и с 2011 по 2014г. (II группа).

Результаты. По нашим данным в результате реформирования прослеживается тенденция к увеличению по основным показателям интенсивности работы офтальмологической службы: возросла хирургическая активность (2005 - 64 и 2014 - 72%), увеличилась доля сложных оперативных вмешательств (2005 - 67 и 2014 - 82%), возросло количество операций на хирурга (2005 - 78 и 2014 - 102).

В связи с увеличением территории округа увеличилось количество пролеченных больных по годам (см. табл.):

Годы	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
Количество пролеченных больных (абс.)	81	92	34	43	02	27	123	087	142	118

Существенно изменился кадровый состав военнослужащих врачей офтальмологов в сторону уменьшения, связанный с сокращением офтальмологических отделений и должностей (2005 - 14, 2014 - 10).

Выводы. В результате реорганизационных мероприятий в ВВО возросла нагрузка на врачей-офтальмологов, отражающаяся в увеличении количества пролеченных больных, хирургической активности и выполнению сложных оперативных вмешательств.

Калеко С.П., Вильянинов В.Н., Попова Н.Н., Савельева Л.П., Романенко С.М.

СИСТЕМА БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТНЫХ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Лечебная эффективность и безопасность применения эритроцитных компонентов крови связаны с содержанием эритроцитов и гемоглобина в дозе (единице выпуска), чистотой компонента (наличием примеси лейкоцитов, тромбоцитов и плазмы), степенью иммуногенной дифференциацией эритроцитов с учетом систем АВО, резус и фенотипа, наличием или отсутствием аллосенсибилизации донора и реципиента к антигенам эритроцитов и лейкоцитов.

Последнее обстоятельство обусловлено тем, что до 80% всех посттрансфузионных осложнений (ПТО) связаны с аллоиммунизацией к антигенам гистосовместимости (лейкоцитов), а до 80% гемолитических ПТО – с несовместимостью эритроцитов донора и реципиента по системам АВ0, резус и антигенам фенотипа. Качество эритроцитных компонентов, в конечном итоге, зависит от технологии их заготовки в подразделениях службы крови, подбора и выбора компонента для трансфузии каждому пациенту.

В Центре (крови и тканей) проанализированы пути повышения иммуногематологической безопасности гемокомпонентной терапии. Установлено, что качество и эффективность компонента в каждом конкретном случае связаны, прежде всего, с его чистотой, наличием примесных клеток. Наиболее широко распространено применение эритроцитной массы (ЭМ) и эритроцитной взвеси (ЭВ), которые содержат 100% лейкоцитов, способствующих образованию микросгустков. Кроме того, лейкоциты в процессе хранения выделяют в компонент значительное количество цитокинов провоспалительного действия (интерлейкины, ФНО-α). В процессе старения и разрушения лейкоцитов также происходит выделение пирогенов. При переливании компонента с большой примесью лейкоцитов всегда повреждаются органы-мишени (капиллярная сеть легких), что у определенного контингента реципиентов может приводить к развитию респираторного дистресс-синдрома.

С учетом оценки присутствия указанных выше рисков развития ПТО нами в лечебной практике используется следующий перечень эритроцитных компонентов по степени их безопасности: аутогенные лейкодеплецированные, аллогенные лейкодеплецированные, отмытые свежие или криоконсервированные эритроциты, эритроциты с удаленным лейко-тромбоцитарным слоем. Для пациентов группы риска, имеющих антиэритроцитарные антитела, обязательным является их обследование в лаборатории Центра (крови и тканей) с применением современных иммуногематологических методов, а также индивидуальный подбор наиболее безопасного гемокомпонента – лейкофильтрованной эритроцитной взвеси. Помимо требований совместимости по антигенам эритроцитов мы используем медицинские технологии, минимизирующие риск аллосенсибилизации к антигенам гистосовместимости (лейкоцитов), антигенам тромбоцитов и антигенам иммуноглобулинов на основе их удаления из гемокомпонентов клеток и белков, несущих опасные для реципиента антигены.

Система профилактики ПТО в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова заключается в исключении из практики производства ЭМ и ЭВ, не прошедших процедуру лейкодеплеции, как наиболее опасных компонентов, и обязательном 100%-ном лабораторном тестировании крови доноров и реципиентов, выбор и подбор эритроцитных компонентов по системам АВ0, резус и фенотипу, отсутствию или наличию антител к антигенам эритроцитов в специализированной иммуногематологической лаборатории Центра (крови и тканей).

Калеко С.П., Вильянинов В.Н., Попова Н.Н., Романенко С.М.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНОРСТВА КРОВИ И ГЕМОКОМПОНЕНТОВ В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ СЛУЖБЫ КРОВИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Сотрудниками Центра (крови и тканей) на протяжении многих лет проводились научные исследования аспектов влияния различных видов донорства (крови и ее компонентов) на физическое состояние, работоспособность и способность военнослужащих выполнять свои должностные обязанности в условиях напряженной учебно-боевой подготовки (участия в боевых операциях). Доказана возможность и допустимость организации донорства в любых условиях функционирования воинских коллективов. Интересы безопасности кроводачи (плазмоцитафереза) для военнослужащих как обязательного и безусловного медицинского процедурного требования выдвигают необходимость четкой организации мероприятий по отбору и подготовке потенциальных доноров, включая предоставление полноценного отдыха накануне и после донации.

Анализируя различные варианты военного труда специалистов, можно отметить, что наиболее удовлетворительные условия для донора складываются при трехсменной организации функционирования коллективов. В таких ситуациях минимизируется действие факторов риска общего типа, включая развитие синкопальных состояний. Установлено, что кроводача в объеме 400-450 мл вызывает изменения клеточного состава периферической крови, гемостазиологических и биохимических показателей, которые не выходят за пределы нормальных физиологических величин, у доноров-военнослужащих, чья деятельность связана с выполнением боевых задач в особых климато-географических и профессиональных условиях, а также сопровождается повышенным психоэмоциональным напряжением. Изменения состояния основных систем организма донора крови (сердечно-сосудистая, дыхательная и др.) не вызывают снижения работоспособности доноров и их готовности к участию в выполнении должностных обязанностей в чрезвычайных условиях (в боевой обстановке). Тромбоцитаферез с эксфузией 6×10^{11} тромбоцитов у доноров-военнослужащих сопровождается изменениями клинико-лабораторных показателей систем организма, не выходящих за пределы нормальных величин. Отмечается краткосрочное незначительное снижение (до 8%) физической работоспособности при сохранении умственной работоспособности. Плазмоэксфузия методом аппаратного афереза сопровождается закономерными изменениями клинико-лабораторных показателей, не приводящими к нарушению работоспособности и готовности к выполнению должностных обязанностей в напряженной учебно-боевой подготовки на основе плановой организации такой работы с предоставлением донорам положенного отдыха.

Прогнозирование потребности в компонентах крови для решения наиболее важных задач, включая обеспечение боеготовности военно-медицинских организаций (ВМО), является абсолютно необходимым требованием. Наиболее эффективным является анализ основных групп пациентов, нуждающихся в гемотрансфузионной терапии, на планируемый период, а также предшествующий трехлетний опыт решения такой проблемы. Это позволит избежать избыточного объема заготовки в условиях дезинтеграции отношений по обмену избытками компонентов крови между подразделениями службы крови ВМО и других министерств и ведомств, когда такие избытки становятся невостребованными. Поэтому предлагаемая система организации донорства в ВС РФ в наибольшей степени соответствует требованиям сохранения боеготовности военнослужащих воинских частей и системы качества в трансфузиологии.

Особого внимания заслуживает обеспечение инфекционной безопасности донорства, в частности, гарантированное предупреждение гемоконтактных инфекций. Эта задача наиболее успешно решается на основе программ производственного контроля, разрабатываемых для каждой ВМО, предусматривающих разделение прав и ответственности каждого сотрудника службы крови.

Калимуллина А.Ф., Ткаченко А.Н., Алказ А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

В общей структуре заболеваемости численность контингента пациентов с ортопедо-травматологической патологией уступет лишь случаям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Успехи травматологии и ортопедии в последние десятилетия несомненны, однако результаты лечения пострадавших от травм нередко оказываются неудовлетворительными.

Металлоостеосинтез (МОС) далеко не всегда приводит к достижению положительного эффекта. Осложнения этого хирургического вмешательства составляют от 2 до 27% от всех случаев МОС. Причины негативных последствий замены тазобедренного сустава протезом неоднозначны. Особое внимание привлекают инфекционные осложнения данной операции.

В современной литературе обсуждаются вопросы, касающиеся улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в МОС. Вместе с тем, сведения о возможностях прогнозирования, инфекционных осложнений хирургического вмешательства (ИОХВ) после МОС остаются противоречивыми. Поэтому изучение проблем, связанных с прогнозированием, особенностями диагностики и предупреждением ИОХВ при эндопротезировании тазобедренного сустава является актуальной темой научных медицинских изысканий.

Целью исследования являлся анализ данных о ранних послеоперационных осложнениях у больных, перенесших разные виды МОС. На основании данных анализа проведен поиск прогностических критериев для создания математической системы моделирования течения послеоперационного периода у пациентов этой группы.

Материалы и методы. За анализируемый период МОС был проведен 727 пациентам в возрасте от 18 до 96 лет. При среднем возрасте больных 46,3 ± 6,7 лет большинство (484 чел. - 66,6%) пациентов составили мужчины. Кроме травмы у большинства больных (513 чел. – 70,6%) выявлялось одно и более сопутствующее заболевание. Наиболее частыми были ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, что, несомненно, не могло не отразиться на течении послеоперационного периода.

Показатель послеоперационной летальности отмечен на уровне 2,3% (17 наблюдение). Причинами случаев летальных исходов оказались: острый инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии – 11 случаев; острое нарушение мозгового кровообращения – 2 наблюдения; в 2 случаях отмечена нарастающая полиорганная недостаточность; у 2 человек развилась пневмония. Выписаны 710 человек. Осложнения в зоне вмешательства в раннем послеоперационном периоде развились у 40 из них (5,6%). Как правило, это были гематома (8 наблюдений), лимфорея (6 случаев), нагноение послеоперационной раны (у 21 больного), лигатурные свищи (у 5 пациентов).

Выявлено, что на развитие ранних гнойных послеоперационных осложнений влияют такие прогностические критерии как: возраст, пол, характер и компенсация сопутствующей патологии, качество предоперационной подготовки, условия проведения и длительность операции, наличие интраоперационных осложнений и др.

Все эти факторы оценены количественно. На основании последнего создан программный продукт, позволяющий прогнозировать осложнения в зоне хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Применение данного программного продукта в пилотном формате позволило прогнозировать компликации с вероятностью 80% и обеспечить снижение их частоты в 1,5 раза.

Таким образом, прогноз развития ряда осложнений послеоперационного периода, а также выявление факторов риска возможны на основании количественной оценки прогностических критериев. Это позволяет на дооперационном этапе прогнозировать осложнения и целенаправленно заниматься их профилактикой до операции, во время вмешательства и после него.

Калядин С.Б.

ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДУПЛЕКСНОГО

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

В клинической практике широко используется метод дуплексного сканирования сосудов. Данный метод позволяет визуализировать сосуды и оценивать характер кровотока в реальном режиме времени. Кровоток характеризуется такими показателями, как максимальная скорость, средняя линейная скорость, пульсационный индекс, индекс сопротивления.

В 2015 году в нашей клинике проведено исследование экстракраниальных магистральных артерий головы у 195 детей в возрасте от 4 до 17 лет, из них мальчиков было 111, девочек – 84. В ходе исследований оценивалось морфологическое и функциональное состояние общих сонных артерий, внутренних сонных артерий, позвоночных артерий.

По результатам оценки морфологического состояния сосудов выявлена гипоплазия позвоночных артерий в 3,6 ±1,3 % случаев. Различий по частоте встречаемости у мальчиков и девочек не выявлено. Кровоток гипоплазированных позвоночных артерий характеризовался значимым снижением средней линейной скорости по сравнению с расположенным симметрично сосудам в 100% случаев.

Оценка кровотока морфологически неизмененных сосудов позволила выявить особенности кровотока в 37,9 ± 3,5 % случаев в виде асимметрии показателей средней линейной скорости. Асимметрия средней линейной скорости на общих сонных артериях (ОСА) в 18,9 ± 4,5 % случаев, внутренних сонных артерий (ВСА) в 28,3 ± 5,2 % случаев, позвоночных артериях (ПА) в 28,3 ± 5,2 % случаев. Таким образом, достоверных различий по частоте встречаемости асимметрий кровотока на ОСА, ВСА, ПА не выявлено. Различий по частоте асимметрий линейной скорости кровотока на ОСА, ВСА, ПА у мальчиков и девочек также не выявлено.

Вывод. Гипоплазия позвоночных артерий характеризуется значимым снижением средней линейной скорости кровотока по сравнению с морфологически неизмененными сосудами ($P < 0,05$).

Карамуллин М.А., Ересько С.Е, Соловьев М.В., Лемещенко А.В., Струков Е.Ю.Голубенко Р.А., Клочкова И.В.

ИТОГИ РАБОТЫ ПОДКОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В 2015 ГОДУ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

За отчетный период с января по декабрь 2015 года в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова было проведено 52 заседания подкомиссии ВК академии по вопросам

обеспечения пациентов лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания. Из них:плановых – 49 заседаний,внеплановых – 3 заседания.Для вынесения компетентного решения по рассматриваемым вопросам к работе в подкомиссии, в соответствии с Положением о ее работе, дополнительно привлекались медицинские эксперты, по рекомендации главных специалистов академии, в 6 случаях.

На заседаниях рассмотрено 319 представлений клинических подразделений академии на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями испециализированными продуктами лечебного питания у 133 пациентов, проходивших лечение на клинической базе ВМедА.

Среди запросов на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания прошедших экспертизу в ходе рассмотрения на подкомиссии врачебной комиссии академии лекарственные препараты составили 222 случая, изделия медицинского назначения – 90 случаев, специализированные продукты лечебного питания – 7 случаев.

Категории пациентов, по которым имели место обращения в подкомиссию по лекарственному обеспечению врачебной комиссии академии для проведения экспертизы обоснованности запросов в отдел медицинского снабжения, были следующими:военнослужащие - 59 чел., пенсионеры МО- 34 чел, члены семей военнослужащих (4 чел) и пенсионеров МО (5 чел.), ЛГП МО РФ – 2 чел.,ОМС – 25 чел.,договорные- 4 чел., в т.ч.-военнослужащие иностранных армий (1 чел.) и других силовых ведомств РФ (2 чел.).

Из 222 запросов клинических подразделений академии на лекарственное обеспечение лечебно-диагностического процесса лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания последние в 149 случаях (67%) относились к препаратам, входящим в перечни ЖНВЛП и Стандарты оказания медицинской помощи, но отсутствующим на момент обращения в отделе хранения медицинского имущества и аптеках академии, и только в 73 случаях (33 %) их назначение диктовалось, по мнению клиник, индивидуальными особенностями пациентов (нетипичным течением заболеваний).За отчетный период на подкомиссии была проведена экспертиза обоснованности назначения лекарственных препаратов в 2 конфликтных случаях по жалобам пациентов льготной категории (пенсионеры МО РФ): оба случая из клинико-диагностического центра академии, в отношении препарата назначенного по коммерческому наименованию (депакин-хроно) и с учетом относительных противопоказаний к применению (этацизин).

Из 319 представлений, прошедших экспертизу на подкомиссии врачебной комиссии академии, положительные решения были приняты по 296 случаям (93%), отрицательные решения по 23 случаям (7%).

В целом, отказы были связаны с необоснованным истребованием лекарственных препаратов в 13 случаях, изделий медицинского назначения – в 9 случаях, специализированного продукта лечебного питания – в 1 случае.

Основные причины отказов в обоснованности представлений на обеспечение лечебного процесса лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания были следующими:

- в 5 случаях (в 22% отказов) - отсутствие истории болезни или амбулаторной медицинской карты на пациента, в момент обращения во врачебную комиссию академии;
- в 19 случаях (в 83% отказов) - отсутствие обоснований нуждаемости пациента в оказании медицинской помощи по жизненным показаниям в неотложной форме;
- в 2 случаях (в 9% отказов) отсутствие в медицинских документах обоснования индивидуальных особенностей течения заболевания при истребовании препарата, не входящего в Стандарты лечения и в перечни ЖНВЛП;

- в 7 случаях (в 30% отказов) отсутствие обоснования преимуществ запрашиваемого лекарственного препарата, медицинского изделия конкретного производителя перед аналогами;

- в 1 случае (в 4 % отказа) - установленный факт нахождения пациента в городской программе по лечению онкологического заболевания.

Особое значение имеет обоснование клиническими подразделениями нуждаемости пациента в запрашиваемом препарате или изделии по жизненным показаниям в неотложной форме в связи с имевшими место фактами выписки пациентов из клиник до реализации положительного решения врачебной комиссии академии и проведения отделом медицинского снабжения разовой закупки лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания, которые оказывались в итоге невостребованными.

На основании опыта работы подкомиссии за отчетный период была подготовлена новая редакция «Положения о порядке работы подкомиссии врачебной комиссии Военно-медицинской академии по вопросам обеспечения пациентов лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания», утвержденная приказом начальника академии № 938 от 30 декабря 2015 г. Соблюдение должностными лицами академии требований данного приказа обеспечит снижение количества необоснованных назначений пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания.

Вывод: Задачи, поставленные начальником академии перед врачебной подкомиссией академии, по недопущению необоснованного назначения и закупок лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания в отчетном году выполнены. Лимиты денежных средств, выделенные в отчетном периоде на цели разовых закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям в неотложной форме, превышены не были.

Карамуллин М.А., Ересько С.Е, Соловьев М.В., Лемещенко А.В., Струков Е.Ю.Голубенко Р.А., Клочкова И.В.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ЗАДАЧИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДКОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В 2015 ОТЧЕТНОМ ГОДУ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В декабре 2014 года в составе Врачебной комиссии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, приказом начальника академии была создана подкомиссии по вопросам обеспечения пациентов лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами леченого питания в целях повышения качества медицинского обслуживания пациентов и совершенствования лечебно-диагностического процесса в клиниках и клинических подразделениях Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

В своей деятельности подкомиссия академии Военно-медицинской академиив отчетном периоде за 2015 год руководствовалась следующими основными нормативно-правовыми актами и регламентирующими документами:Федеральным законом РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции от 29.12.2015); Федеральным законом РФ №61-ФЗ от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств» (в ред. №429-ФЗ от 13.07.2015); Распоряжением Правительства РФ от 12.12.2014 №2782-р «Об утверждении перечней жизненно необходимых и важнейших

лекарственных препаратов для медицинского применения в 2015 году»;Приказом МЗСР РФ №502н от 05.05.2012«Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (в ред. Приказа МЗ РФ от 02.12.2013 №886н);Приказом МЗСР РФ №494 от 09.08.2005 «о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям»;Приказом МЗ РФот №1175н от 20.12.2012 "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" (в ред. от 30.06.2015);«Формуляр лекарственных средств медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации (пятое издание)» (Утвержден Начальником ГВМУ МО РФ 01.10.2013);Приказом начальника академии №33 от 23.01.2015 «Об оптимизации обеспечения лечебно-диагностического процесса лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в клиниках и клинических подразделениях академии»;Приказом начальника академии №977 от 25.12.2014 «Об утверждении положения о порядке работы подкомиссии по вопросам обеспечения пациентов лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения врачебной комиссии Военно-медицинской академии» (в ред. Приказа начальника академии №938 от30.12.2015).

В задачи подкомиссии входило принятие экспертного решения об обоснованности назначения пациентам всех категорий (в рамках обязательного медицинского страхования, льготных, договорных) в клиниках и клинических подразделениях академии лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания по жизненным показаниям в неотложной форме: а) при наличии у пациента индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, входящих в утвержденные МЗ РФ Стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); б) при назначении оригинальных лекарственных препаратов (по торговым наименованиям), медицинских изделий конкретных производителей; при назначении лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в утвержденные МЗ РФ Стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), Перечни ЖНВЛП, ввиду индивидуальных особенностей течения заболевания; в) при назначении лекарственного препарата, не зарегистрированного на территории РФ; г) если для проведения отделом медицинского снабжения академии разовой закупки испрашиваемого клиническим подразделением академии лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания для оказания медицинской помощи в неотложной форме требуется одобрение врачебной комиссии академии; д) в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения.

Особенностью принимаемых подкомиссией Врачебной комиссии академии решений является то, что процедура их принятия основана на мнении квалифицированного большинства, по результатам открытого поименного голосования ее членов, после такого же открытого обсуждения. Решение комиссии в соответствии с Положением о ее работе - окончательное и пересмотру не подлежит.

Карамуллин М.А., Ересько С.Е, Соловьев М.В., Лемещенко А.В., Струков Е.Ю. Голубенко Р.А., Клочкова И.В.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИТОГОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДКОМИССИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ЗА 2015 ГОД

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Более ⅔ обращений клинических подразделений в подкомиссию врачебной комиссии академии по лекарственному обеспечению в отчетном периоде, были связаны с отсутствием в отделе хранения медицинского имущества и аптеках академии препаратов, входящих в перечни ЖНВЛП и Стандарты оказания медицинской помощи, что свидетельствует о сохранении проблем в области планового медицинского снабжения лечебно-диагностического процесса в академии. Наиболее остро стоят вопросы в области лекарственного обеспечения и снабжения изделиями медицинского назначения. Подкомиссия врачебной комиссии академии, с учетом регламентированного формата своей работы (рассмотрение конкретных клинических случаев) не имеет возможности решить проблемы планового медицинского обеспечения.

Проверка качества фармакотерапии в клиниках и клинических подразделений академии демонстрирует отсутствие жесткой привязки осуществляемого лекарственного лечения к Национальным клиническим рекомендациям, Стандартам оказания медицинской помощи и действующим перечням ЖНВЛП.

Существующая практика медицинского снабжения демонстрирует запаздывание процесса закупок относительно насущных потребностей лечебно-диагностического процесса.

В целях совершенствования системы планового снабжения лечебно-диагностического процесса в академии, предлагается дополнить существующую систему медицинского снабжения инструментом поддержания неснижаемого запаса лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения из перечня «привилегированных» лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. В условиях дефицита материальных средств поддержание на медицинском складе и аптеках в Военно-медицинской академии всех лекарственных препаратов из действующего «Формуляра лекарственных средств медицинской службы Вооруженных Сил РФ» является не рациональным..

Для определения номенклатуры такого перечня необходимо:

1. Разработать в клинических подразделениях ВМедА на основе Национальных клинических рекомендаций, Стандартов оказания медицинской помощи, Перечней ЖНВЛП, единые протоколы лечения основных нозологических форм (патологических состояний) и утвердить их приказами начальника академии в качестве стандарта организации.
2. Возобновить работу формулярной комиссии в академии на основании Письма МЗ РФ №2510/1684-32 от 18.02.2000 г. «О примерном положении о формулярной комиссии», которая на основе единых для академии протоколов лечения определит ограниченный по номенклатуре перечень лекарственных препаратов, по которому отдел медицинского снабжения должен будет обеспечивать автоматически пополняемый (неснижаемый) запас лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

С целью обоснования количества, потребляемых академией в процессе лечебно-диагностической работы лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения необходимо реформировать систему учета заболеваний в рамках аналитической медико-информационной системы, путем регистрации всех заболеваний и состояний, по поводу которых пациенты получают лечение в клиниках и клинических подразделениях академии.

Это позволит на основе анализа структуры пролеченных заболеваний и соответствующих им Стандартов лечения и клинических протоколов определить объективную потребность академии в количестве лекарственных препаратов и медицинского назначения (за год, квартал, месяц), а также рассчитать пороги «минимальных запасов» лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения из «привилегированного» списка. Приближение к пороговой величине снижения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения из формулярного списка должно стать основанием для автоматического проведения отделом медицинского снабжения плановых закупок,в соответствии с положениями Федерального закона № 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд" (в ред. 10.01.2016).

Возможность бесперебойного обеспечения клиник и клинических подразделений академии лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения из «привилегированного» списка, должна побудить клиники к добровольной разработке внутренних протоколов Военно-медицинской академии по лечению заболеваний и патологических состояний, что несомненно положительно скажется на качестве оказываемой медицинской помощи в академии в целом.

Каримова А.М. Глуховской Д.В.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, кафедра Военно-полевой терапии

С целью определения возможной взаимосвязи частоты возникновения положительных ответов на ортостатическую пробу с имеющимися показателями гемодинамики и вегетативной регуляции нами были обследованы молодые мужчины с внебольничной пневмонией (ВП) нетяжелого течения. Оценка функционального состояния вегетативной нервной систем проводилась нами при полном подтверждении диагноза в период клинико–лабораторной картины разгара заболевания. Всем испытуемым проводили активную ортостатическую пробу согласно Рекомендациям экспертов Европейского общества неврологов (2006). Исследование показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) и их интерпретацию проводили в соответствии с рекомендациями международной группы экспертов (TaskForceoftheEuropeanSocietyofCardiologyandtheNorthAmericanSocietyofPacingandElectrophysiology, 1996) и Российскими Методическими рекомендациями по анализу вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем” (2001). По результатам проведенной активной ортостатической пробы (АОП), исследуемые были разделены на группы. 1 группа: 21 человек, – лица, демонстрирующие положительную АОП (средний возраст 19; 19-20 лет, ИМТ 21,5; 20,5-22,1 кг/м^2), 2 группа: 25 человек, – лица, с нормальной ортостатической устойчивостью (средний возраст 19; 18-20 лет, ИМТ 22,9; 21,2-24 кг/м^2). Для определения возможной взаимосвязи частоты возникновения положительных ответов на ортостатическую пробу проводился корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты: выявлены корреляты между рядом признаков в исходном состоянии, во время переходного периода и в положении стоя, касающиеся, преимущественно, характеристик симпатической нервной системы.Так, в исходном состоянии была выявлена достоверная, обратная корреляционная связь средней силы с ИМТ (r=-0,34, p=0,02) и LF в mc^2 (r=-0,38, p=0,02).

Во время активного ортостаза была выявлена достоверная, обратная корреляционная связь средней силы: с ТР (r=-0,48, p=0,0009), LF в mc^2 (r=-0,56, p=0,01), HF в mc^2 (r=-0,31,

p=0,03), LF в % (r=-0,49, p=0,0005), nLF (r=-0,58, p=0,00009), nHF (r=0,57, p=0,00005) и LF/HF (r=-0,59, p=0,00004); прямая корреляционная связь средней силы с VLF в mc^2 (r=0,35, p=0,01) и VLF в % (r=0,39, p=0,008).

Выводы: согласно корреляционному анализу, развитию гемодинамически неблагоприятных ортостатических реакций в остром периоде внебольничной пневмонии нетяжелого течения более подвержены молодые мужчины гипостенического телосложения с относительно низкими показателями симпатического тонуса. У этих пациентов при переходе в ортостаз в переходном периоде отмечались признаки недостаточной реакции как симпатического, так и парасимпатического звена вегетативной нервной системы, которые во время активного ортостаза приводили к снижению общей мощности спектра за счет высоко- и низкочастотных компонентов, с переходом на более высокий уровень регуляции ритма сердца.

Карпущенко В.Г., Данцев В.В., Кузин А.А., Жарков Д.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНОГО ТЕСТА С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Массовая диагностика с помощью «Диаскинтеста» (ДСТ) (аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении) становится актуальной и важной в комплексе мероприятий по профилактике туберкулёза у персонала и пациентов многопрофильного лечебного учреждения. Действие препарата ДСТ основано на выявлении клеточного иммунного ответа на специфические для *M. tuberculosis*антигены. При внутрикожном введении препарат вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией местную воспалительную реакцию, свидетельствующую о наличии и выраженности гиперчувствительности замедленного типа именно на специфические для *M. Tuberculosis* белки. Препарат обладает высокой чувствительностью и специфичностью, сводя к минимуму вероятность развития ложноположительных реакций, которые в 40-60 % случаев наблюдаются при использовании традиционного внутрикожного туберкулинового теста (проба Манту). Техника постановки и учета результатов идентичны пробе Манту с туберкулином ППД-Л2. При этом, «ложноположительные» результаты туберкулинодиагностики за счёт предшествующих ревакцинаций БЦЖ – маловероятны, так как препарат не вызывает реакции гиперчувствительности замедленного типа связанной с вакцинацией БЦЖ.

По последним данным, препарат обладает прогностическим значением, поскольку лица с положительной реакцией на ДСТ заболевают в течение последующих лет значительно чаще, чем туберкулиноположительные.

Проанализированы результаты работы, выполненной при постановке пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, выполненные персоналу и пациентам Военно-медицинской академии в 3 очагах туберкулезной инфекции (2015 г.). Обследовано контактных 65 человек (женщин – 41, мужчин – 24) в возрасте от 17 до 78 лет. Средний возраст составил 43,6 $\pm$13 лет. Из них: врачи – 23 чел. (35%), средний медицинский персонал – 26 чел. (40%), младший медицинский персонал – 11 чел. (17%), пациенты – 5 чел. (8%). Результаты пробы ДСТ: отрицательная – 56 чел. (86%), положительная – 9 человек (14%). Из них: врачи – 1 чел. (12%), средний медицинский персонал – 4 чел. (44%), младший медицинский персонал – 4 чел. (44%). Размер папулы (мм) варьировал от 10-14 до 15 и более. Средний размер составил 19,7$\pm$4,6 мм. Лицам с положительной пробой на ДСТ было выполнено флюорографическое обследование органов грудной клетки. Изменений, свидетельствующих о наличии туберкулезной инфекции, выявлено не было.

По сведениям различных авторов(Касимцева О.В., Демихова О.В., Карпина Н.Л., 2011 г.) при наличии положительного результата ДСТ частота заболевания туберкулезом была в 4,95 выше, чем при отрицательном.

Таким образом, дальнейшее внедрение данного метода обследования при помощи внутрикожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным поможет выявить группы повышенного риска среди персонала и пациентов многопрофильного лечебного учреждения.

Карпущенко В.Г., Кузин А.А., Колосовская Е.Н., Свистунов С.А., Ломакин Д.Н.

ОЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
Кафедра (общей и военной эпидемиологии)
Отдел санитарно-эпидемиологического надзора за госпитальной инфекцией

Известно, что до 50% случаев туберкулезной инфекции выявляется в многопрофильных лечебных учреждениях, куда поступают пациенты по поводу различных заболеваний. Важную роль в данном случае имеет раннее выявление лиц с подозрением на туберкулез. Согласно СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» от 22.10.2013 г. выявление больных туберкулезом осуществляется врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских и оздоровительных организаций. При подозрении на туберкулез в медицинских организациях проводится обследование заболевшего в установленном объеме в целях уточнения диагноза.Недостаточная квалификация любого специалиста в вопросах диагностики туберкулеза, показаний для применения различных методов обследования больного ведет к запоздалому выявлению заболевания и ухудшает его прогноз. Поздняя диагностика туберкулеза у значительной части больных сопровождается массивным бактериовыделением, что представляет эпидемиологическую опасность для окружающих: как для пациентов, так и для медицинского персонала. Поэтому своевременное выявление туберкулеза имеет большое значение не только с медицинской или социальной, но и с эпидемиологической точки зрения, так как ограничивает распространение инфекции.

Материалом исследования послужили результаты учетной документации (форма № 60/у) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за 2013-2015 гг. Проведенный анализ заболеваемости туберкулезом среди пациентов за 2013-2015 год выявил 25 случаев заболевания туберкулезной инфекцией в 2013 г., 38 – в 2014 г. и 22 – в 2015 г.Интенсивный показатель заболеваемости в целом по учреждению составил: 0,4‰ – в 2013 г.;0,6‰ – в 2014 г.и 0,5‰ – в 2015 г. Наибольший уровень заболеваемости отмечается в общехирургических 3,6‰ – в 2013 г., 2,1‰ – в 2014 г., 4,1‰ – в 2015 г. и общетерапевтических клиниках (1,37‰; 2,32‰; 1,4‰ соответственно).В специализированных хирургических клиниках (0,86‰; 2,2‰; 3,08‰) и специализированных терапевтических (0,45‰; 0,86‰; 1,2‰) заболеваемость была ниже.

Среди клинических форм в структуре заболеваемости туберкулезом преобладал инфильтративный (33%), очаговый (21%) и диссеминированный туберкулез легких (14%). Реже встречались: туберкулез других органов и систем (8%), туберкулема (7%), туберкулезный плеврит (6%), кавернозный туберкулез (4%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (4%), фиброзно-кавернозный туберкулез (2%), цирротический туберкулез (1%).

Особое место в группе риска занимает персонал и пациенты отделений для лечения больных с торакальной патологией. В торакальных отделениях показатель заболеваемости

среди пациентов и персонала в 2015 году достиг 5,34‰ (в 2014 году – 2,75‰). Эти показатели в 10 и 5 раз соответственно выше, чем в целом по учреждению за соответствующий период.

Таким образом, особую эпидемиологическую и фтизиатрическую настороженность следует уделять не только больным, поступающим с респираторной симптоматикой и признаками интоксикации, но и профильным больным, поступающим в общехирургические клиники с заболеваниями органов грудной клетки, травмами, хирургической инфекцией.

КачмазоваЭ.С., МеньковИ.А.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛИПОМАТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБЛАСТИ ЖИВОТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Опухоли жировой ткани области животав связи с большим числом их нозологических форм, обусловленным многообразием гисто-и морфогенеза, представляют собой одну из значительных проблем лучевой диагностики. Основным методом их выявления является рентгеновская компьютерная томография, однако достоверные КТ-признаки, позволяющие дифференцировать различные нозологические формы, до сих пор не определены.

Цель**.** С помощью компьютерной томографии определить основные КТ-признаки злокачественных форм липоматозных образований области живота.

Материалы и методы.Обследовано 27 человек с липоматозными образованиями области живота (20 мужчин, 7 женщин). Исследования выполнялись на компьютерном томографе Aquilion 64 (Toshiba, Япония)с проведением внутривенного контрастного усиления (Йопамидол 370-100 мл).

Результаты. У 14 пациентов были выявлены КТ-признаки простых липом (гомогенные инкапсулированные объемные образования жировой плотности -100 HU, не накапливающие контрастное вещество); у 1 пациента – диффузного липоматоза (имеет признаки простой липомы с обширной распространенностью). У 13 пациентов - КТ-признаки липосарком: у 3 пациентов - липогенного типа (80 % жирового компонента, мягкотканный компонент 20 %, слабо накапливают контрастное вещество до +20 HU); у 2 - дедиференцированный тип (многокамерное образование, с 15 % жирового и 85% жидкостного компонентов объема, тонкая капсула, участки некроза и обызвествлений (как результат кровоизлияний)); у 7 - смешанного типа (КТ- признаки всех видов липосарком).

Выводы.Основным диагностическим КТ-критерием дифференциальной диагностики отдельных форм липоматозных опухолей живота, позволяющим дифференцировать доброкачественную и злокачественную их природу, является соотношение содержания липоматозного, мягкотканного и жидкостного компонентов.

Киреева Е.Б., Гуськов А.С., Синячкин Д.А., Першко В.А., Антонюк Т.В.

ОСТЕОПОРОЗ – МУЛЬТИДИСПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА, ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Остеопороз– заболевание скелета, характеризующееся снижением прочности костной ткани и повышением риска переломов. В России остеопорозом страдают более 12 млн. человек, более 16 млн. россиян имеют остеопению. Остеопороз имеет очень высокую социальную значимость и определяется она следующими последствиями: переломами позвонков, переломами костей периферического скелета, увеличением инвалидности, значимым снижением качества жизни пациентов, увеличением смертности лиц пожилого возраста, большими материальными затратами в области здравоохранения. Остеопоротические переломы встречаются чаще таких распространенных заболеваний как рак молочной железы (в 7 раз), инсульт (в 5 раз), инфаркт миокарда и стенокардия (в 3 раза). Прочность костной ткани характеризуется совокупностью минеральной плотности костной (МПК) ткани и качества. МПК – не единственный показатель, определяющий прочность кости, т.к. часть переломов происходит при остеопении или даже нормальных значениях МПК. Важное значение имеет качество костной ткани. Подтверждено, что первый остеопоротический перелом значительно увеличивает риск дальнейших переломов. При любом значении МПК риск нового перелома у пациента с остеопорозом возрастает в 3 раза после первого перелома, в 5 раз – после второго и в 7-9 раз после третьего перелома по сравнению с пациентами, не имевшими перелома ранее. Заблаговременное определение предрасположенности позволяет назначить соответствующую противоостеопоротичекую терапию и снизить вероятность возникновения остеопороза, предотвратить переломы костей. Лечение остеопороза – это мультидисплинарная проблема и затрагивает такие области, как терапия, ревматология, эндокринология, неврология, нейрохирургия, травматология. Прежде всего, основная задача при лечении остеопороза – стабилизация показателей костного метаболизма, а также снижение потерь костной массы. В зависимости от влияния на костное ремоделирование медикаментозные препараты для лечения остеопороза делятся на две общих категории: антирезорбтивные препараты и анаболические препараты. Антирезорбтивные препараты – подавляют резорбцию костной ткани,уменьшают активность процессов ремоделирования кости и увеличивают минерализацию костной ткани, представлены группой бисфосфонатов, препаратами заместительной гормональной терапии, селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов, деносумабом. Единственный препарат из группы костноанаболических препаратов (форстео– терипаратид), стимулирующий формирование новой костной ткани, увеличивает активность остеобластов, повышает скорость формирования новой кости и тем самым увеличивает костную массу, улучшает микроархитектонику кости и МПК. Согласно Рекомендациям Европейского Медицинского Агентства от 21.02.2014 г. стронция ранелат переведен во вторую линию. Кроме того, важно устранить болевой компонент и предупредить появление переломов. Лечение вторичного остеопороза включает в себя лечение основного заболевания, которое привело к остеопорозу.Полностью устранить остеопороз обычно практически нереально. Но можно улучшить общее состояние костной системы. Вот почему в одном ряду с лечением остеопороза стоит его профилактика. Она включает в себя правильное питание, здоровый образ жизни и физические упражнения. Кроме того, женщинам в возрасте старше 40 лет рекомендуется проводить лекарственную профилактику остеопороза (препараты кальция и витамина D3).Следует соблюдать осторожность в плане безопасности, исключить падения, чтобы избежать переломов костей. Рекомендуется чаще принимать солнечные ванны. Солнечный свет играет важную роль в синтезе витамина D в организме, который важен для усвоения кальция. Очень важно полноценное питание, обязательно включать в себя молочные продукты и рыбу, чтобы обогатить рацион кальцием и витамином D. Необходимо отказаться от вредных привычек и продуктов, которые, как показывают современные

исследования, «вымывают» кальций из организма. Это курение, алкоголь, сладости, натуральный кофе.

Ковалев С.В., Гордиенко А.В, Сотников А.В.

ВЛИЯНИЕ СТАТУСА ПИТАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ, ПОДВЕРГШИХСЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ, НА ЧАСТОТУ ПНЕВМОНИИ В УЧЕБНОМ ЦЕНТРЕ ВКС В МИРНОЕ ВРЕМЯ

г. *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии*

Цель исследования: оценить влияние трофологического статуса военнослужащих по призыву на заболеваемость пневмониями в учебном центре ВКС РФ на фоне проведения экстренной неспецифической иммунопрофилактики препаратом «Иммуноглобулин человека нормальный».

Материалы и методы: изучены случаи госпитализации военнослужащих по призыву с пневмонией в учебном центре ВКС РФ в летний период обучения мирного времени. Всем военнослужащим по прибытии в центр выполнена иммунопрофилактика препаратом «Иммуноглобулин человека нормальный». Оценку трофологического статуса выполняли на основании расчета индекса массы тела по Кетле (ИМТ). При этом недостаточным питанием считали случаи при значениях ИМТ <18,5 кг/м^2; пониженным - 18,5-19,4 кг/м^2; нормальным - 19,5-22,9 кг/м^2; повышенным - 23,0-27,4 кг/м^2; ожирением I степени - 27,5-29,9 кг/м^2; ожирением II степени - 30,0-34,9 кг/м^2.

Результаты. Среди военнослужащих изучаемого призыва частота наблюдения недостаточного питания составила 3,1%; пониженного - 9,1%; нормального - 74,5%, повышенного - 9%, ожирения I степени - 3,1%; ожирения II степени - 1,2%.

Общая частота пневмонии у военнослужащих за этот период составила 7,3%. В группе военнослужащих с пониженным статусом питания пневмонию перенесли 21% (9,3% - в группе недостаточного питания и 25% - в группе пониженного питания), в то время как в группе нормального и повышенного статуса питания их доля составила 5,4% (5,6% - в группе нормального питания, 4,7% - в группе повышенного питания, 0% - в группе ожирения I ст. и 11,7% - в группе ожирения II степени) ($p<0.05$). Таким образом, наиболее высокая частота пневмоний отмечена при пониженном питании и ожирении II степени. В группе ожирения I степени пневмонии не встречались. В указанный период обучения зарегистрированы 2 случая тяжелого течения пневмонии, по одному в группах нормального и недостаточного питания.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что военнослужащие с пониженным статусом питания значительно сильнее подвержены риску заболевания пневмонией, независимо от проведения иммунопрофилактики. Отмеченные факты диктуют необходимость более ранней коррекции массы тела, более тщательного контроля повседневной деятельности этой группы со стороны командования в первые месяцы военной службы. Имеет значение также углубленное наблюдение со стороны медицинской службы в этот период. Применение для экстренной неспецифической иммунопрофилактики препарата «Иммуноглобулин человека нормальный» признано эффективным, в том числе вследствие незначительной частоты осложненных форм пневмонии.

Коваленко А.В.

ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Введение Диабетическая ретинопатия является основной причиной слепоты среди лиц трудоспособного возраста, которая наступает у больных с сахарным диабетом (СД) в 25 раз чаще, чем в общей популяции. Снижение зрения происходит в основном из-за поражения макулярной области – отека, нарушения перфузии, кровоизлияний в сетчатку и стекловидное тело, фиброза, тракционной отслойки сетчатки, а также развития неоваскулярной глаукомы. Даже далеко зашедший процесс может протекать бессимптомно – пациенты могут не догадываться о наличии у них этого грозного осложнения вплоть до снижения зрения, которое на этих стадиях часто необратимо (Шадричев Ф.Е., 2012; 2015; Измайлов А.С., 2015).

Цель исследования: определение частоты возникновения диабетической ретинопатии у пациентов с СД 1 и 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовали 270 пациентов с диагнозом СД 1 и 2 типа в возрасте от 28 до 65 лет, средний возраст 45,2±10,6 лет, длительность заболевания от 1 до 20 лет, находившихся на лечении в клинике военно-полевой терапии за период с 2012 по 2015 гг. Проведено комплексное терапевтическое и офтальмологическое обследование (визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия).

Результаты исследования. У54 пациентов (20%) при осмотре глазного дна обнаружены характерные изменения сосудистого русла сетчатки: микроаневризмы, интраретинальные микрососудистые аномалии, кровоизлияния, фокусы ишемии сетчатки, отек макулы и твердые экссудаты, новообразованные сосуды сетчатки и зрительного нерва. У 43 больных (15%), находящихся на стационарном лечении в клинике ВПТ с диагнозом СД 2 типа (субкомпенсированного) выявлены пре- и пролиферативные стадии диабетической ретинопатии. При этом у двоих наблюдался макулярный значимый отек сетчатки. Данные больные прошли курс панретинальной лазеркоагуляция сетчатки с одновременным парабульбарным введением препарата гемазы. После проведенного лечения отмечен положительный эффект в виде повышения остроты зрения, а при офтальмоскопии наблюдалось уменьшение количества друз, геморрагий и степени макулярного отека. Диабетическая ретинопатия сетчатки была выявлена в группе пациентов с длительностью СД более 10 лет, при этом часто сопутствовала артериальная гипертензия, гиперлипидемия. Следует отметить, что жалобы на снижение остроты зрения предъявляли не все пациенты, у которых были выявлены изменения со стороны сетчатки.

Выводы. Начальные проявления диабетической ретинопатии могут оставаться незамеченными пациентом, даже когда поражается центральная область сетчатки и развивается диабетический макулярный отек, поэтому для своевременной диагностики, лечения и предупреждения перехода начальных стадий ретинопатии в более тяжелые, необходимо регулярное наблюдение пациентов, осмотр проводить только с широким зрачком. До расширения зрачка необходимо осмотреть радужку на предмет наличия неоваскуляризации (рубеоза). При препролиферативной диабетической ретинопатии и пролиферативной стадии необходимо проведение панретинальной лазеркоагуляции сетчатки, которая является единственно эффективным способом лечения диабетической ретинопатии, и предотвращает потерю зрения (из-за рецидивирующих кровоизлияний в сетчатку и стекловидное тело, отслойки сетчатки, вторичной неоваскулярной глаукомы). Необходимо помнить, что компенсация диабета в условиях стационара, при быстром снижении глюкозы, переводе на инсулинотерапию, может привести к транзиторной ретинопатии, которая не требует оперативного вмешательства и проходит самостоятельно через пару месяцев. На возникновение и прогрессирование диабетической ретинопатии влияют длительность заболевания сахарным диабетом, уровень гипергликемии, гиперлипидемия, артериальная гипертензия. Поэтому необходимо комплексное лечение

пациентов с СД, включающее нормализацию не только уровня гликемии, но и артериального давления, а также коррекция дислипидемии.

Коваленко А.В., Гаврилюк Б.Л., Коваленко И.Ю.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ «НЕЙРО-МВП»

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Для рассеянного склероза (РС) характерно прогрессирующее течение и высокая частота развития нетрудоспособности в молодом и среднем возрасте. В основе РС принято выделять 2 основных механизма: демиелинизацию и аксональную нейродегенерацию.

Цель исследования.Оценить эффективность оценки зрительных функций на многофункциональном компьютерном комплексе «Нейро-МВП» при динамическом наблюдении пациентов с РС.

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента (30 мужчин и 62 женщины) с достоверным диагнозом РС в соответствии с критериями W.I. McDonaldи тяжестью заболевания по шкале инвалидизации J. Kurtzke от 1,0 до 5,5 баллов (2,5±1,5). Возраст пациентов от 18 до 55 лет (36,7±8,5). Проведено комплексное нейроофтальмологическое обследование, для оценки зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) на реверсивный шахматный паттерн (РШП) использовали многофункциональный компьютерный комплекс «Нейро-МВП» («НейроСофт», Иваново).

Результаты и их обсуждение. Исследование ЗВП РШПу 74,4% обследуемых выявило увеличение латентного периода компонента P_{100} ЗВП от 10 до 60 мс по сравнению с верхней границей нормативных значений. По результатам непараметрического дисперсионного анализа выявлена зависимость показателей латентности комплекса P_{100} ЗВП от длительности РС и наличия РБН в рассматриваемых группах пациентов ($H=50,2$; $p<0,001$). В группе пациентов с РБН в анамнезе независимо от длительности РС регистрировали увеличение латентности комплекса P_{100} ЗВП у 26 из 27 (96,3%), которое сочеталось со снижением амплитуды у 26 (96,3%) и раздвоением комплекса P_{100} у 23 (85,2%). У пациентов без РБН в анамнезе также были выявлены признаки демиелинизации и нейродегенерации, при этом отмечена зависимость от длительности заболевания РС. При длительности РС более 10 лет (13 человек): увеличение латентности комплекса P100 ЗВП у 12 (92,3%), сочетающееся со снижением амплитуды в 100% и раздвоением комплекса P100 в 92,3%. Наличие межокулярной разности по латентности или амплитуде является важным признаком, даже если абсолютные значения этих параметров не выходят за границы нормы. Электрофизиологически демиелинизация при проведении ЗВП проявляется замедлением проведения в пораженных волокнах зрительного пути. Зрительные ответы, генерируемые на резкое изменение контраста, значительно стабильнее по своей конфигурации и более точно отражают функции зрительной системы по сравнению с данными на вспышку.

ЗВП РШП является чувствительным методом для обнаружения признаков демиелинизации и аксонопатии (нейродегенерации) на ранней стадии заболевания РС, даже без РБН. Увеличение времени латентности и изменение амплитудных параметров ЗВП у пациентов без РБН в анамнезе, можно объяснить диффузной демиелинизацией и аксональной нейродегенерацией, которая имеет место при хроническом вялотекущем воспалительно-дегенеративном процессе, и может свидетельствовать о недостаточно эффективной терапии РС. Кроме использования в диагностике ЗВП применяются для изучения патофизиологических механизмов демиелинизации, мониторирования состояния

мозга в процессе экзогенного и эндогенного воздействия на организм и, в частности, в процессе лечения.

Заключение. Можно говорить о высокой чувствительности этой методики в диагностике аксональной дегенерации и демиелинизации проводящих путей зрительного анализатора при РС в латентной стадии заболевания; возможности объективного анализа и мониторинга патологического процесса, а также контроля прогрессирования и терапевтического эффекта РС при динамическом наблюдении.

Коваленко А.П.[1], Фурсова И.В.[2], Захаров Д.В.[2]

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАМПТОКОРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

[1]*г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней, г. Санкт-Петербург,* [2]*НИПНИ им. В.М. Бехтерева, отделение реабилитации психоневрологических больных*

Одной из нерешённых проблем современной неврологии является лечение синдрома камптокормии, который чаще всего встречается у пациентов с болезнью Паркинсона. Синдром не поддаётся применению противопаркинсонической терапии и значительно инвалидизирует пациентов. В последнее десятилетие предпринимаются попытки коррекции синдрома введением ботулинического токсина. При этом применяются разные схемы введения и однозначного мнения о природе синдрома и мышцах участвующих в его формировании так и не сформировано.

В настоящее время под нашим наблюдением находятся 16 пациентов с болезнью Паркинсона осложненной синдромом камптокормии. При оценке степени тяжести камптокормии по N.G. Margraf (2010), мы обратили внимание на различия между пациентами по точке наклона туловища, что позволило нам выделить две основные клинические формы камптокормии – грудно-поясничную (ГП) и пояснично-тазовую (ПТ).

При этом большинство из наблюдаемых нами пациентов имеет пояснично-тазовую форму камптокормии. Проанализировав паттерн мышц, участвующих в формировании ПТ и ГП типов капмтокормии, мы предполагаем, что в основе ГП формы камптокормии может лежать активность m. rectusabdominis и, возможно, m. obliqueabdominis. ПТ камптокормия скорее всего формируется активностью m. psoasmajor и m. obliqueabdominis. Выполненное 5 пациентам с ПТ камптокормией ЭМГ (игольчатыми электродами) показало активность в m. obliqueabdominisint., при этом активности в m. rectusabdominis и в m. obliqueabdominisext. выявлено не было.

Трёхлетнее наблюдение за пациентами и применение различных схем лечения как на одном пациенте так и при межгрупповом сравнении позволили нам сформировать мнение схеме лечения ПТ формы камптокормии. Эффективной показала себя схема, при которой мышцами-мишеньямиявлялисьm. psoasmajorи m. obliqueabdominisint.. Схема введения построена следующим образом: m. psoasmajor с обеих сторон после КТ-разметки и инфильтрационной анестезии 0,5% раствором новокаина введено пункционные иглы (глубина введения 7- 9 см). После проведения кт-контроля нахождения иглы в каждую мышцу было введено по 100 Ед Ксеомина, что так же было подтверждено кт-контролем; m. obliqueabdominisint. по 50 Ед с обеих сторон под УЗИ-контролем .

При контрольном осмотре через 30 дней у пациентов фиксируется выраженное улучшение состояния, верифицируемое по шкалеMargraf. Появляется свобода передвижения, расширяется двигательный режим, появляется возможность фиксации положения тела в вертикальном положении, прекращаются боли в спине. Эффект сохраняется в течение 4-6 месяцев. В настоящее время под нашим наблюдением находятся 12 пациентов, которым проведено лечение по данной схеме. Положительный эффект зафиксирован в 10 случаях. В 2

случаях эффекта добиться не удалось. Анализ случаев недостаточной эффективности показал, что низкая эффективность может быть связана с более выраженной миопатий группы мышц выпрямляющих спину. Введение в схему камптокормии лечения лечебной физкультуры, после проведения ботулинотерапии - улучшает эффективность лечения.

Козловский С.Н.

ПРОФИЛАКТИКА КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В современном акушерстве проблема диагностики диспропорции головки плода и таза матери не теряет своей актуальности. Зачастую установление диагноза: «клинически узкий таз» представляет определенные трудности, что сохраняет высокий риск развития осложнений со стороны матери и плода, вплоть до его смерти. Этообъясняетсятем,чтоузкий таз(анатомический и функциональный) является одной из ведущих причин перинатальнойсмертностиитравматизмаматери и плода. Перинатальнаясмертность при этойпатологии достигает 9 -27$^{0}/_{00}$; родовая травма – 10,9-15,7%; тяжелая гипоксия плода - 6,3-13,4%.До настоящего времени, нет четких критериев диагностики и отработанных методик прогнозирования формирования клинически узкого таза на ранних этапах, что в свою очередь являлось бы профилактикой перинатальных потерь в акушерской и неонатологической практике при данной патологии.

Прогнозирование клинически узкого таза в течении длительного времени основывалось на анамнестических данных: слабость родовой деятельности в предыдущих родах, затрудненное продвижение головки по родовому каналу, травма новорожденного или его интранатальная гибель, а также на основе антропометрических показателей: крупный плод, узкий таз, что к сожалению, не снизило частоту осложнений, связанных с данной патологией. Значительный прогресс в этом направлении наметился после появления и развития современных лучевых методов диагностики.

В течение последних десятилетий предлагались различные варианты лучевых методов диагностики: УЗ-пельвио-фетометрия, рентгенпельвиометрия, КТ, МР-пельвио-фетометрия, комбинированные методики с целью прогнозирования формирования клинического несоответствия в родах.

Цель исследования: Улучшение исходов родов для матери и новорожденного на основе совершенствования диагностики особенностей женского таза у беременных с доношенным сроком беременности.

Материал и методы:Проведено комплексное исследование беременных на сроке беременности 37-41 неделя, включавшее измерение размеров таза и предполагаемые размеры плода стандартными методами, ультразвуковую оценку состояния плода, а также магнитно-резонансную пельвиометрию на аппарате «Siemens Magnetom Symphony» 1,5 Т. Дополнительно рассчитывали индексы Mengert, Borell and Fernström для оценки формы таза и соотношения его размеров в четырех основных плоскостях (входа, широкой и узкой части полости, выхода) без учета размеров головки плода. Индексы Abitbol et al. («cephalopelvic disproportion index»), Thurnau et al. («fetal-pelvicindex»), а также индекс «тазово-головного соответствия». Основную группу составили 93 беременных, у которых по данным клинического и ультразвукового исследования были выявлены изменения в размерах таза и тенденции к крупному плоду. Контрольная группа состояла из 30 беременных с нормальными размерами таза и плода.

Результаты проведенного исследования показали, что у пациентов основной группы, индекс Abitbol был изменен у 64-х (68,8%) беременных; Thurnau – у 54 (58,1%).Также, у 28 (30,1%) и 22 (23,7%) беременных, соответственно, успешно родивших самостоятельно, имели место ложноположительные значения данных индексов в сторону оперативного

родоразрешения. Значения индексов Mengert, Borell and Fernström коррелировали с данными МР-пельвиметрии. Индекс Mengert был изменен у женщин с I, II степенями сужения в 19,2% и 100%. соответственно; индекс Borell and Fernström – в 29,5% и 100% случаев. Данные индексы не были изменены при нормальных размерах таза. Индекс «тазово-головного соответствия» был изменен у 15-и (16,1%) беременных.

В основной группе по полученным данным – риск клинического несоответствия был высок у 11 пациенток (11,8% случаев). Все они были родоразрешены путем операции кесарево сечение с благополучным исходом для матери и плода. У данной группы пациентов все рассматриваемые индексы были положительны. При выборе способа родоразрешения учитывали степень сужения таза и данные расчета индексов. Риск формирования клинически узкого таза оценивали на основании результатов МР-пельвиметрии и индекса «тазово-головного соответствия». У 73 (78,5%) пациенток роды завершены через естественные родовые пути, а 9 (9,7%) беременных прооперированы по другим показаниям.

При сравнении исходов родов для матери и плода основной и контрольной группы женщин, родивших самостоятельно, в основной группе роды протекали достоверно более длительно, что отразилось на состоянии новорожденных.

Несмотря на предлагаемые методы прогнозирования клинического несоответствия головки плода и таза матери, эти методы не получили широкого распространения в клинической практике, что говорит о необходимости дальнейшего исследования в данном направлении.

Коломенцев С.В., Вознюк И.А., Зуева О.Н., Рошковская Л.В., Забиров С.Ш., Ильина О.М., Пометько Д.В.

КОМОРБИДНОСТЬ И ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

г. Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,Госпиталь ветеранов войн, Александровская больница, 4-ая городская больница Св. Великомученника Георгия

Цель исследования. Определить уровень сопутствующей патологии и оценить ее влияние на исходы у пациентов с внутри- и внегоспитальным ишемическими инсультами.

Материалы и методы.Для достижения поставленной цели использовали индекс коморбидности Чарлсона (ИКЧ), оценивающий 5-летний риск развития летального исхода в зависимости от имеющейся сопутствующей патологии и возраста пациента. ИКЧ рассчитывался в 2-х группах пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения: у 79 пациентов (39 мужчин, 40 женщин) с внутригоспитальным ишемическим инсультом (ВГИИ) - группа 1, и 79 пациентов (55 мужчин, 24 женщин), у которых ишемический инсульт развился вне стационара (группа 2). Средний возраст в группе 1 составил 79,2±13,2 лет, в группе 2 - 73,0±6,5 лет. Летальность в группе ВГИИ составила 59% (n=47); в группе 2 - 11,4% (n=9) и была ниже средней смертности в остром периоде инсульта по РФ.

Результаты. Установлено, что уровень коморбидности среди всех пациентов с ВГИИ был достоверно выше, чем у пациентов с внегоспитальным инсультом: в группе 1 ИКЧ = 6,7±3,3; в группе 2 ИКЧ: 5,3±1,3 ($p<0,002$).

Сравнительный анализ значений ИКЧ среди выживших пациентов обеих групп не выявил достоверных различий: в группе 1 (n=32) ИКЧ = 5,1 ± 3,1; в группе 2 (n=70) ИКЧ = 5,1 ± 1,2. Среди пациентов с летальными исходами ИКЧ также не отличался между группами: в группе 1 (n=47) ИКЧ = 7,4 ± 3,6; в группе 2 (n=9) ИКЧ = 6,3 ± 1,7.

В тоже время высокие значения ИКЧ продемонстрировали обратные корреляции слабой силы с выживаемостью в обеих группах (для групп 1 и 2 $r = -0,3$, $p<0,05$).

Заключение.Достоверно более высокие значения ИКЧ в группе пациентов с ВГИИ демонстрируют бóльшую коморбидность пациентов находящихся в стационаре, могут рассматриваться как дополнительный фактор риска развития инсульта и ассоциированного с этим неблагоприятного прогноза. Это требует от врача-клинициста любой специальности учитывать возможность развития ВГИИ у любого стационарного пациента, особенноизначально имеющего высокий уровень сопутствующей патологии.

Коломенцев С.В., Вознюк И.А., Цыган Н.В., Зуева О.Н., Привалова М.А.,

Пометько Д.В.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

г. Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,Госпиталь ветеранов войн.

Цель исследования. Определить основные клинико-статистические характеристики внутригоспитального ишемического инсульта (ВГИИ) у пациентов, проходивших стационарное лечение в ряде многопрофильных стационаров г. Санкт-Петербург в 2015 г.

Материалы и методы.К ВГИИ относили случаи развития острого нарушения мозгового кровообращения, развившиеся у пациентов, поступивших в стационар по причине иного заболевания, спустя сутки после госпитализации. Исследован 51 случай развития ВГИИ: у 19 мужчин (37,3%) и 32 женщин (62,7%). Оценивались причины госпитализации, время и место развития ВГИИ, основные клинико-статистические показатели и исходы инсульта. Результаты исследования накапливались в электронной базе данных с помощью табличного редактора Excel, статистическая обработка результатов выполнена с использованием программы «STATISTICA 10.0 forWindows».

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов с ВГИИ составил 83,8±8,1 год. В 41 случае (80,4%) госпитализация носила экстренный характер, у 10 пациентов - плановый (19,6%).

У пациентов терапевтического профиля ВГИИ развивался достоверно чаще - 72,5% (n=37), чем у хирургических больных (n=14) ($p<0,05$).

ВГИИ у терапевтических пациентов развивался на 8,3±4,2 сутки пребывания в стационаре; у хирургических пациентов на 7,0±3,5 сутки.

Более чем у половины пациентов (n=27) время развития ВГИИ было неизвестно, при этом на «ночной инсульт» (симптомы инсульта выявлены у больного после пробуждения) пришлось только 11 случаев. Из всех случаев ВГИИ точное время развития инсульта было известно у 14 пациентов (27,5%).

Метод внутрисосудистой реканализации (балонная ангиопластика со стентированием) в лечении ВГИИ среди пациентов обследованной группы применялся только в одном случае. Остальные пациенты (n=50) получали консервативное лечение.

Летальность ВГИИ составила 62,7 % (n=32); инвалидизация – 25,5% (n=13), выздоровление (хороший функциональный исход - последствия инсульта по модифицированной шкале Рэнкина ≤ 2 балла) 11,8 % (n=6).

Средняя продолжительность лечения выживших пациентов с ВГИИ (24,8±5,5 суток)была достоверно ($p<0,05$) выше, чем у умерших (12,8±4,5 суток).

Заключение. По данным зарубежных исследователей частота ВГИИ колеблется от 3,4% до 15% от всех случаев развития инсульта. В РФ эпидемиологические данные ВГИИ неизвестны. По результатам нашего исследования частота развития ВГИИ оказалась ниже описанной зарубежными авторами и составила 3,0% от всех пациентов, получивших стационарное лечение по поводу ишемического инсульта. По нашему мнению, основной

причиной этого является трудность диагностики ВГИИ, связанная с высоким уровнем коморбидности стационарных пациентов, многие из которых изначально имеют неврологический дефицит вследствие хронического нарушения мозгового кровообращения, либо ранее перенесенных инсультов. Высокая коморбидность может выступать и причиной высокой летальности от ВГИИ, которая, по результатам нашего исследования, превысила среднюю смертность (19,0-22,0%) от ишемического инсульта в РФ в остром периоде.

Колосовская Е.Н., Рудь А.А., Федорова Ю.А., Каленяк А.А., Мирошниченко Е.И., Сперанская А.Е., Ломакин Д.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОРИТ) КЛИНИКИ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ (ВПХ) ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА.

г. Санкт- Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова.

Ключевым вопросом организации эпидемиологической безопасности является организация и внедрение в отделениях повышенного эпидемиологического риска системы постоянного эпидемиологического наблюдения в сочетании с микробиологическим мониторингом. Эпидемиологическое наблюдение предполагает ежедневное слежение за состоянием пациентов отделений повышенного риска по специально разработанной схеме (по индикаторным показателям).

Цель организации эпидемиологического наблюдения:

1. Объективно оценить уровень заболеваемости госпитальными инфекциями (ГСИ) во взаимосвязи с активностью влияния факторов риска;

2. Разработать эпидемиологически безопасные алгоритмы выполнения инвазивных процедур с целью уменьшения активности действия факторов риска.

Задачи:

1. Установить частоту встречаемости у пациентов ОРИТ признаков инфекций кровотока (ИКР), нижних дыхательных путей (ИНДП), мочевыводящих путей, инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ);

2. Оценить влияние различных факторов риска, в том числе профилактическое влияние периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) на проявление инфекции;

3.Оценить влияние инфекции на исходы лечения пациентов.

Научно-практическая работа организована в отделении ОРИТ клиники ВПХ Военно-медицинской академии им. Кирова с 1.04.2015г. по настоящее время, в работе представлены результаты эпидемиологического наблюдения до 31.12.2015 г.В систему эпидемиологического наблюдения включены пациенты, находящиеся в ОРИТ 48 часов и более.

За данный период времени под эпидемиологическим наблюдением находились 66 пациентов ОРИТ. Признаки ГСИ выявлены в 71% случаев. В структуре ГСИ по нозологии на первом месте инфекция мочевыводящих путей в сочетании с инфекцией дыхательных путей (41%), на втором инфекция мочевыводящих путей в сочетании с инфекцией кровотока и дыхательных путей (35%), далее инфекция мочевыводящих путей (11%). По показателю плотности инцидентности среди ГСИ превалирует инфекция дыхательных путей (151), далее инфекция мочевыводящих путей (138) и инфекция кровотока (8,2). Одной из особенностей пострадавших с тяжелой травмой является сочетание у пострадавшего нескольких инфекционных осложнений.

Установлены причинно-следственной связи между возникновением инфекции мочевыводящих путей и постановкой мочевого катетера, а также возникновение инфекции нижних дыхательных путей с нахождением на ИВЛ более 7 дней. На возникновение инфекции нижних дыхательных путей влияет фактор использования для ИВЛ трахеостомической трубки. (Вывод не правильный. Трахеостома накладывается всем пациентам с показание длительной и продленной ИВЛ - это наиболее тяжелая группа с риском развития трахеобронхита и пневмонии до 90 %). Определено наличие связи между наступлением летального исхода и одновременном воздействием 3-х факторов риска, однако этот вопрос требует уточнения на большем массиве данных.

Наиболее часто инфекцию мочевыводящих путей вызывают Klebsiella pneumonia, Candida albicans, Acinetobacter sp., Enterococcusfaecalis, Enterococcusfaecium а также возможные ассоциации этих микроорганизмов. Наибольшую роль в развитии инфекций нижних дыхательных путей играют ассоциации Klebsiella pneumonia+Acinetobacter sp. +Corynebacterium sp. и Klebsiella pneumonia+Acinetobacter sp. +Pseudomonas aeroginosa. Анализ микробиологического мониторинга инфекций кровотока не дал существенных результатов, в большинстве случаев все результаты микробиологических анализов отрицательны, диагноз инфекция кровотока устанавливается по данным других лабораторных исследований (прокальцитониновый тест) и клинических наблюдений.

Данные, полученные в результате проведения эпидемиологической диагностики, позволят оптимизировать систему профилактики госпитальных инфекций в ОРИТ клиники ВПХ ВМА им. С.М. Кирова.

Колосовская Е.Н., Шверова Н.Ф., Ломакин Д.Н.

ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Одним из компонентов, характеризующих «индекс здоровья» нации является уровень инфекционной заболеваемости, в котором инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) занимают одно из ведущих мест. Заболеваемость ИСМП в определенной степени отражает качество оказываемой медицинской помощи и является одной из важных составляющих социального и экономического ущерба в практическом здравоохранении. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи являются сложным собирательным понятием, включая различные группы инфекционной патологии пациентов и медицинских работников, объединяемые по признаку общего характера инфицирования, происходящего в лечебном учреждении. Проблема заболеваемости ИСМП остается наиболее актуальной и трудноразрешимой в современной медицине, как в мире, так и в нашей стране. Актуальность этой проблемы определяется, прежде всего, неоправданно высоким (с учетом современного состояния развития медицинских знаний) уровнем заболеваемости этой патологией и широтой ее распространения. ИСМП не только затрудняют проведение лечебно-диагностического процесса, резко снижают эффективность стационарного лечения, но и повышают летальность, увеличивают длительность стационарного лечения, приводя в целом к увеличению экономических затрат и нанося существенный социальный ущерб. Распространенность ИСМП определяется особенностями микроэкологической среды, формирующейся в госпитальных условиях. Особенности микроэкологических условий зависят от ведущей локализации патологического процесса, в отношении которого специализируется стационар, значимостью и удельным весом эндогенной и экзогенной инфекции, ведущими этиологическими агентами, которые в свою очередь детерминированы локализацией патологического процесса, характером и возможностью формирования госпитальных штаммов, спецификой лечебно-диагностического процесса. По данным

официальной статистики в нашей стране ежегодно регистрируется 40-50 тысяч внутрибольничных инфекций (ВБИ), однако, по экспертной оценке специалистов, основанной на выборочных исследованиях, эти инфекции переносят до 7-8% пациентов, или более 2 млн. человек. Обеспечение эпидемиологической безопасности складывается из реализации мероприятий на двух уровнях – организации и неукоснительного выполнения требований противоэпидемического режима, защитные функции которого, ориентированы, преимущественно против циркуляции патогенной микрофлоры и недопущения развития внутрибольничного заражения. Данная задача является прерогативой среднего медицинского персонала. Второй уровень обеспечения безопасности - предотвращение возникновения заболеваний, связанных с условно-патогенной флорой, задача более сложная в организационном отношении и ее решение без проведения эффективной эпидемиологической диагностики невозможно. Обеспечение эффективных диагностических мероприятий в формате активного проспективного эпидемиологического наблюдения и микробиологического наблюдения – задача госпитального эпидемиолога, решаемая при взаимодействии с врачами клиницистами, фармакологами, микробиологами. Активное эпидемиологическое наблюдение за исходами лечения позволяет выявлять ранние признаки инфекций, включая донозологические формы, оценивать эффект влияния факторов риска, провести элиминацию и уменьшить силу воздействия факторов риска, что приведет к снижению частоты заболеваемости ИСМП. Внедрение системы эпидемиологического наблюдения обеспечивает знание фоновой частоты внутрибольничных инфекций, ее сравнение с литературными данными, данными других стационаров, своевременное выявление вспышек, оценку эффективности проводимых профилактических мероприятий и своевременное принятие управленческих решений, что способствует снижению уровня заболеваемости.

Колосовская Е.Н., Шмидт А.А., Шверова Н.Ф., Орлова Е.С., Усанкин И.С., Ломакин Д.Н.

ПРОБЛЕМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Обеспечение эпидемиологической безопасности при выполнении медицинских технологий в акушерстве – обязательная составляющая часть качества оказания медицинской помощи матери и новорожденному ребенку. В современных условиях инфекции связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) представляют собой серьезную проблему для реализации успешной деятельности акушерских стационаров.

Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, ведением родов). Именно поэтому к ИСМП относят случаи инфекции не только, присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности. Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (Healthcare - associated infection (HAI), являясь более точным, в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ и нормативных документах большинства стран мира.

Заинтересованность коллектива клиники акушерства и гинекологии в решении многих очень сложных вопросов обеспечения эпидемиологического благополучия, особенно

в условиях перегруза и стесненности размещения создает надежную основу для решения проблем. Очень важным условием является присутствие в штате клинике госпитального эпидемиолога. В клинике успешно реализуются организационные мероприятия - с 2011 года функционирует комиссия по профилактике ВБИ, в результате деятельности которой разработана система антибиотикопрофилактики, создан протокол, регулярно проводятся необходимые корректировки с учетом оценки его эффективности. Активно разрабатываются алгоритмы инвазивных манипуляций и процедур с учетом факторов эпидемиологической безопасности. Однако, в деятельности клиники существует ряд обстоятельств, приводящих к ухудшению эпидемиологической обстановки. К ним относятся: увеличение поступления рожениц сверх коечной емкости акушерского стационара, несоответствие площадей родильного отделения требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 и переуплотнение мебелью и аппаратурой при недостаточной площади, отрицательно сказывается на выполнении текущей и заключительной дезинфекции и закономерно может приводить к обнаружению санитарно-показательных микроорганизмов на эпидемиологически значимых поверхностях. Имеющийся при этом дефицит койко-мест приводит к вынужденной госпитализации пациенток в непрофильные отделения и пересечению потоковбеременных, родильниц и гинекологических больных. Важным аспектом поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия в таких условиях является укомплектованность медицинским персоналом. В родильном отделении укомплектованность средним медицинским персоналом составляет 83,87%, со снижением на 7% за 2015 год, и 86,55% для младшего персонала со снижением на 9% за 2015 год.

Нарастание потока пациенток при снижающейся численности сотрудников отделения и неизменно малых площадях его помещений приводит к повышению риска возникновения ИСМП. Число принятых родов в отделении увеличилось с1121 (в 2012 году) до 1534 (в 2014 году). В течение суток в отделении проводится от 2 до 10 родов, со значимым сокращением времени для генеральной уборки родильного зала между родами. Дополнительную проблему при этом представляет кратковременность совместного пребывания матери и новорожденного, являющегося фактором риска контаминации кожи новорожденного больничной микрофлорой.

Результатом вышеперечисленного стало увеличение частоты высеваемости санитарно-показательных микроорганизмов (в первую очередь, St.aureus, Acinetobacter) на эпидемически значимых поверхностях с 3,5% (2013-2014 гг) до 14,9% (2015 г); увеличение заболеваемости новорожденных внутрибольничными инфекциями в 2013-2014 гг в 2,5 раза по сравнению с 2012 годом. Наибольший удельный вес при этом имели острые кишечные инфекции (35% случаев всех внутрибольничных инфекций (ВБИ) и гнойно-септические инфекции (25% всех ВБИ).

Таким образом, работа акушерского стационара в условиях перегруза, дефицита площадей и недостаточной укомплектованности медицинским персоналом может приводить к реализации эпидемиологически значимых рисков возникновения ИСМП. В качестве мер профилактики целесообразно увеличение площади родильных залов, увеличение. коек дородового, послеродового и обсервационного отделений до штатной численности, строгое соблюдение поточности движенияв стационаре беременных, рожениц и новорожденных, а также увеличение укомплектованности штатамедицинским персоналом.

КолосовскаяЕ.Н., ЩеголевА.В., ЛебедевВ.Ф., СавинаВ.А., Ломакин Д.Н.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЕПСИСА.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Генерализованные воспалительные осложнения являются основной причиной развития летальных исходов у больных хирургического профиля в послеоперационном периоде. Знание особенностей эпидемиологии сепсиса чрезвычайно важно в условиях

современной медицины, когда в распоряжении врачей имеются очень эффективные, но весьма дорогие технологии и препараты. Для решения многих задач, связанных с оказанием медицинской помощи тяжелым хирургическим пациентам, крайне важным является знание закономерностей возникновения сепсиса у таких пациентов, что невозможно без глубокого изучения эпидемиологии данной патологии. Объективная информация об истинном количестве пациентов с сепсисом должна быть основой рационального планирования применения новых технологий в центрах интенсивной терапии, когда необходимо структурно прогнозировать предполагаемое количество случаев сепсиса (сколько и в каких отделениях), а также определить контингент больных, которым помогут конкретные виды лечения. Общемедицинской задачей, ориентированной на решение проблемы сепсиса в отечественном здравоохранении, является внедрение современных (унифицированных) принципов диагностики сепсиса, в том числе, принципов эпидемиологической диагностики, в практическое здравоохранение. Без решения проблемы объективного и полноценного выявления и учета всех случаев сепсиса невозможно решить и другие диагностические и лечебные проблемы даннойпатологии. Реальный учет больных сепсисом на сегодняшний день не проводится, т.к. официальные данные, которые представляют ЛПУ в региональные органы медицинской власти, не отражают и десятой доли пациентов с этой патологией и создают иллюзию отсутствия проблемы как таковой. Данное положение вещей отражается и на значительном недофинансировании лечения пациентов с сепсисом. Очень значимым в решении поставленной задачи является обязательное внедрение в практику стационаров принципов эпидемиологической диагностики септических состояний, в том числе, на той фазе их развития, лечебное вмешательство в которую не позволит перерасти в более грозные состояния (тяжелый сепсис). Кроме того, адекватное понимание сути и задач эпидемиологической диагностики снимет проблему, возникающую порой в связи с постановкой диагноза сепсиса. Это - проведение эпидемиологического расследования, направленного, как правило, на поиск «виновного в заносе сепсиса». Данная процедура является совершенно не оправданной и не вносит положительных эффектов в организацию лечебного процесса. Учитывая практическую необходимость, в МКБ 10-го пересмотра версии 2010 г. введен раздел R 65: SystemicInflammatoryResponseSyndrome (SIRS). В ряде стран, как например странах-участницах системы NordDRG, приняты новые рекомендации по кодированию сепсиса и применению sepsisDRG. Сепсис кодируется как вторичный диагноз с использованием кодов R 65.1 SystemicInflammatoryResponseSyndromeofinfectiousoriginwithorganfailure и R 57.2 Septicshock.

Мы настоятельно рекомендуем более активное распространение ICD-10 Version 2010в практическом здравоохранении РФ и кодирование диагноза сепсиса для статистического учета и применения МЭСов по тяжелому сепсису с использованием кодов R 65, R 57.2.

Колюбаева С.Н., Киссель А.В., Исакова Т.В., Викторова Н.А., Мякошина Л А,

Титова А.А., Поляков А.С.

ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ОКРАШЕННЫХ ХРОМОСОМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) и его нодальный вариант - лимфома из малых лимфоцитов, одно из наиболее часто встречаемых лимфопролиферативных заболеваний, составляющее около 7% от их общего числа. Хронический лимфоцитарный лейкоз диагностируется с высоким процентом точности иммунофенотипированием. Однако для прогнозирования течения заболевания необходимо цитогенетическое исследование периферической крови или костного мозга. На первых стадиях заболевания более информативна периферическая кровь, в то время как на поздних стадиях предпочтительнее

анализировать костный мозг.

Установлено, что более 80% всех ХЛЛ имеют рекуррентные хромосомные аберрации. Однако низкий митотический уровень не позволял выявить их традиционным цитогенетическим методом. Использование поуквид митогена, интерлейкина-2 или ТРА увеличило выявляемость аберрантных клеток за счет концентрирования В-клеточных форм. Внедрение техники флуоресцентной insituгибридизации (FISH) и создание флуоресцентных ДНК-зондов для выявления повреждений, а также возможность анализировать повреждения в интерфазных ядрах, позволило получать надежные результаты в достаточно короткие сроки.

Несколько фирм разработали линейку ДНК-зондов, в которую входят 4-5 участков хромосом, повреждения которых характерны для хронического лимфоцитарного лейкоза: делеция р-плеча хромосомы 17, делеция q(23) - хромосомы 11, трисомия 12, и делеции хромосомы 13 в участках ql4.3 и q34. С помощью флуоресцентной insituгибридизации эти повреждения могут быть выявлены быстро и точно. Однако в ряде случаев, повреждения не выявляются методом флуоресцентной insituгибридизации. Кроме того, при обнаружении у пациента ХЛЛ делеции q- плеча хромосомы 13, которая определяет хороший прогноз, заболевание развивается более интенсивно, чем прогностически можно ожидать. Во всех случаях параллельно исследовали хромосомные аберрации методом FISHи классическим методом с использованием дифференциальной окраски (ДО). При использовании метода ДО клональные повреждения выявлены в 47% случаев. При этом при использовании линейки FISH87%.

Использование метода флуоресцентной insituгибридизации позволило регистрировать трудно выявляемые методом ДО аберрации, в том числе терминальную и интерстициальную делеции хромосомы 13 и 17. При этом не выявляются хромосомные перестройки с вовлечением тех хромосом, которые не входят в линейку FISH. Более того, в случае участия хромосом (из линейки FISH) в транслокациях, повреждения также не будут регистрироваться. Например, при использовании зонда ДНК для делеции 13ql4.3 в случае участия этой области хромосомы в транслокации, она не будет потеряна для анализа и будет регистрироваться как целая неповрежденная хромосома. Такая же ситуация будет наблюдаться и для делеции р-плеча хромосомы 17 и q-плеча хромосомы 23. При сравнении результатов, полученных двумя методами, можно сделать вывод: для получения полной информации о прогнозе течения заболевания ХЛЛ необходимо использовать оба метода, в противном случае при хромосомных аномалиях с теоретическим предсказанием хорошего прогноза на практике может быть получен неблагоприятный прогноз. Необходимо учитывать основные клональные аберрации, полученные FISH, и все аномальные хромосомные повреждения, выявленные ДО. Таким образом, несмотря на трудоемкость метода, анализ ДО хромосом остается золотым стандартом для ХЛЛ.

Колюбаева С.Н., Кулагина К.О., Криворучко А.Б., Петрова И.С.,Иванов А.М.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА МЕТОДОМ ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В основе генетического заболевания синдрома Жильбера –инсерция (вставка) дополнительного динуклеотида в области ТА повторов в промоторном регионе гена UGT1A1. Ген расположен на участке (q37)хромосомы 2 и кодирует ферментуридиндифосфатглюкуронизил трансферазу 1(УДФГТ). В норме количество ТА повторов в промоторе равно 6, увеличение количества ТА повторов (тимин-аденина) до 7-8 приводит к снижению экспрессии, и как следствие, к снижению функциональной активности

фермента уридиндифосфатглюкуранозил трансферазы 1. В результате образуется участок А(ТА)7ТАА.Синдром Жильбера считается подтвержденным, при увеличении ТА-повторов до 7 и выше в обеих гомологичныххромосомах:А(ТА)7 ТАА/ А(ТА)7ТАА, таким образом, диагностически значимыми являются только гомозиготные формы.

На биохимическом уровне синдром Жильбера проявляется частичной недостаточностью печеночного фермента УДФГТ, активность которого у больных составляет приблизительно 30% от нормы. Тип наследования синдрома Жильбера - аутосомно-рецессивный: здоровый ген компенсирует аномалии второго аллельного гена. Распространенность в различных популяциях земного шара колеблется от 3 до 10%.

Недостаточность УДФГТ приводит к неспособности гепатоцитов усваивать неконъюгированный билирубин или превращать моноглюкуронид билирубина в диглюкуронид. При этом печеночная элиминация билирубина снижается.

Основным биохимическим признаком заболевания является неконъюгированная гипербилирубинемия со значительным преобладанием непрямой фракции. У 30% пациентов содержание билирубина остается в пределах нормальных значений. Содержание билирубинав сыворотке крови у пациентов с синдромом Жильбера находится в пределах 2-5 мг/дл (34,2-85,5 мкмоль/л). Иногда он может достигать 6 мг/дл (102,6 мкмоль/л). Такое повышение наблюдается при присоединении интеркуррентных инфекций, употреблении алкоголя, после травм. В большинстве случаев содержание билирубина в сыворотке крови не превышает 3 мг/дл (51,3 мкмоль/л).

Как правило, подтверждение синдрома Жильбера требуется при дифференциальном диагнозе.

В работе исследованы образцы крови 22 пациентов с подозрением на синдром Жильбера. Выделение ДНК выполняли методом аффинной сорбции на частицах селикогеля согласно инструкции к набору «АмплиПрайм РИБО-сорб» (ООО Некстбио). Амплификацию проводили, используя набор реагентов «АмплиСенс Пироскрин» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии). Нуклеотидную последовательность определяли методом пиросеквенирования с использованием системы «PyroMark» (Qiagen, Германия). Полученные генотипы распределяются в % - нормальный генотип 18,6, гетерозиготы - 13,62 (6/7), гомозиготы - 63,58 (7/7) и редкие генотипы - 4,54 (8) Метод позволяет в отличие от ПЦР в реальном времени выявить сразу все возможные варианты, в том числе и редкие.

Учитывая, что непрямой билирубин токсичен для организма, особенно для центральной нервной системы, его обезвреживание возможно только путем превращения в печени в прямой билирубин, который выводится из организма с желчью.

В связи с чем, очень важно получить молекулярно-генетическое подтверждение наличия синдрома Жильбера у пациента при назначении ему лекарственных препаратов, в метаболизме которых билирубин принимает непосредственное участие. К таким лекарственным препаратам относятся - парацетамол, морфин и антагонисты опиодных рецепторов, гиполипидемический препарат гемфиброзил, противоопухолевые цитостатические (иринотекан), вазодилатирующие, антиаритмические (карведилол) и др.

Колюбаева С.Н., Кулагина К.О., Скачкова О.В., Мякошина Л.В., Жабров С.С.,

Иванов А.М.

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АЛЛЕЛЕЙ ГЕНА HLADRB1 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В работе исследованы аллели гена *HLA-DRB1*, который, как показано, детерминирует тяжесть эрозивного процесса при ревматоидном артрите, а также, возможно, играет важную роль в прогнозировании ответа на лечение базовыми противовоспалительными препаратами.

Всего проанализировано 47 пациентов с ревматоидным артритом (средний возраст 54 г.) и 50 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (средний возраст 45 л). ДНК выделяли, используя наборы «ГС-Генетика» (ДНК-Технология, Россия), Амплификацию и детекцию проводили на приборе ДТ-litetого же производителя.

При анализе генов *HLA-DRB1* 1/3 больных имела генотип, содержащий аллель *04, при этом половина из них встречалась в гомозиготном состоянии. Вторым более часто выявляемым вариантом - генотип, содержащий аллель *01 (17%), затем генотип с аллелем *11 и *03 каждый по 15 %, генотип с аллелем *07 (13 %). Остальные генотипы распределились в более низких процентах приблизительно одинаково.

При анализе генов *HLA-DRB1* у больных хроническим вирусным гепатитом С наиболее часто встречались генотипы, содержащие аллели *01 и *07, доля которых в изученной группе составила по 15% каждая. Затем по частоте встречаемости идут генотипы с аллелями *03 и *04, при этом их доля в общей выборке составила 11 и 9% соответственно. Генотип с аллелем *13 составил 8,75%. Остальные варианты не превышали 6%. Гомозиготные варианты генов наблюдались только с аллелями *01, *03,*07, *10 и *14. Таким образом, выявлено, что у больных ревматоидным артритом, как и у больных хроническим вирусным гепатитом С, более частым генотипом являются генотипы с аллелями *01,*03,*04,*07. Исключение составляет аллель *11, который при хроническом вирусном гепатите не превышал 6%, возможно, при большей выборке их относительное количество в группах сравняется.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, по-видимому, нет специфического механизма для определения тяжести конкретного заболевания. Унифицированный механизм, вовлекающий несколько генов, более рационален для организма. Кроме аллелей, которые определяют «риск» развития заболевания, существуют аллели, которые обладают протективным действием, что может иметь место как для ревматоидного артрита, так и для хронического вирусного гепатита С. Этим можно объяснить наличие различного сочетания аллелей в группе больных как ревматоидным артритом так и хроническим вирусным гепатитом С.

Тоже относится и к ответу на лекарственную терапию. В этом процессе участвуют различные группы генов. За первую фазу биотрансформации ответственны гены семейства цитохрома Р450, которые осуществляют метаболизм лекарственных препаратов. За вторую фазу отвечают гены *NAT (1,2), TPMT,SULT, EPAX, GSTM1*и др. 3-я фаза– этонаиболее изученные полиморфные гены *MDR1*.Исследование полиморфизмов генов, отвечающих за синтез ферментов, участвующих в метаболизме лекарственных препаратов, белков-переносчиков, осуществляющих транспортировку метаболизированных продуктов (продуктов 1-ой стадии биотрансформации), мишеней для лекарств – необходимые стадии в лечении пациента.

Таким образом, складывается полигенная составляющая как тяжести заболевания, так и эффективности терапевтического лечения.

Комаров Ф.И., Иорданишвили А.К.

ОСТРАЯ ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ: РЕМАРКИ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

г. Москва, Первый государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Заболевания слизистой оболочки полости рта встречаются до 10% среди всех амбулаторных стоматологических больных, плохо поддаются лечению и порой мучительны для больных. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у людей старших возрастных групп является сложной проблемой медицины. Это, во-первых, связано со снижением функциональной активности иммунной системы, а, во-вторых, - с наличием у

данной категории пациентов тяжелых сопутствующих заболеваний и возрастных изменений в органах и системах организма. Кроме того, необходимо учитывать, что полноценный акт жевания играет важную роль в деятельности органов пищеварительной системы и жевательного аппарата. Недостаточное измельчение пищи в полости рта, не только вызывает неполноценную секреторную деятельность и двигательную активность органов желудочно-кишечного тракта, но и ведёт к микротравматизации слизистой оболочки полости рта, пищевода и желудка, вызывая в ней различные морфофункциональные изменения. Это обусловливает у взрослых людей частое сочетание предраковых поражений слизистых оболочек полости рта и желудочно-кишечного тракта. Данные медицинские аспекты актуальны в настоящее время в связи с постарением населения России, а также в связи с увеличением роста онкостоматологических заболеваний, которые находятся в прямой зависимости от социальных причин, условий жизни и возраста человека. Это делает вопросы профилактики злокачественных опухолей, а также совершенствования комплексного лечения предраковых и онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта, первоочередными задачами медицины. Вместе с этим, в отечественной и зарубежной литературе практически отсутствуют исследования, посвященные вопросам терапии стоматитов, возникающих у людей после проведенного комбинированного лечения злокачественных новообразований орофарингеальной зоны. В литературе описаны сложности комплексной терапии пораженных острой лучевой болезнью, особенно в аспекте их питания в разгар заболевания. Проведённые впервые фундаментальные исследования по изучению нарушений двигательного компонента акта еды при острой лучевой болезни явились приоритетными в мировой медицинской практике и послужили основой для разработки практических рекомендаций по питанию таких пораженных. В основу практических рекомендаций по питанию таких пораженных легли результаты фундаментальных клинико-физиологических исследований, основанных на специфических для медицины методах обследования пораженных. Среди таких методов исследования использовались физиологические жевательные пробы по методике профессора И.С. Рубинова, мастикациография, миотонометрия жевательных мышц, а также фагиография (К.Н. Костур, 1975). Анализ результатов полученных с применением указанных методов исследования показал, что удалось оценить не только особенности нарушения обмена веществ у больных с острой лучевой болезнью, но и разработать рациональные методики кормления пораженных и специальные диеты. Разработанные диеты и методики кормления пораженных использованы в клинической практике военной медицины при различных степенях острой лучевой болезни, а также в практическом здравоохранении при лечении пациентов с лучевыми стоматитами и лучевыми сиалоаденопатиями (Е.В. Филиппова, 2013; В.В. Лобейко, 2015). При этом было показано, что апробация предложенных специальных диет и методик кормления пострадавших с лучевыми поражениями позволила медицинскому персоналу осуществлять кормление больных с указанной патологией естественно-физиологическим путём (через рот) даже при тяжелых степенях острой лучевой болезни, в том числе в период разгара заболевания при наличии в полости рта эрозивно-язвенных и язвенно-некротических процессов слизистой оболочки полости рта, губ и языка.

Кононов В.Н., Лихогра И.А., Гайнов В.С.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧЕБНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ИМУЩЕСТВОМ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Одним из основных приоритетов строительства и развития Вооруженных Сил является повышение качества подготовки кадров и военного образования, а также наращивание военно-научного потенциала.

Российская Федерация в ходе реализации этого направления исходит из необходимости повышения качества оперативной, боевой, специальной и мобилизационной подготовки, обеспечения современными образцами вооружения, военной и специальной техники, интеграции и скоординированного развития систем военного образования, подготовки кадров, военной науки.

В рамках проведения единой государственной образовательной политики, уполномоченные органы государственного управления определяют собственные особенности развития системы образования в рамках образовательной доктрины.

Система образования включает в себя: федеральные государственные образовательные стандарты и федеральные государственные требования, образовательные стандарты, образовательные программы различных вида, уровня и (или) направленности.

Российская Федерация устанавливает федеральные государственные образовательные стандарты, являющиеся основой объективной оценки уровня образования и квалификации выпускников независимо от форм получения образования.

Федеральные государственные образовательные стандарты включают в себя требования, в основном:

1) к структуре основных образовательных программ (в том числе соотношению обязательной части основной образовательной программы и части, формируемой участниками образовательных отношений) и их объему;

2) к условиям реализации основных образовательных программ, в том числе кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям;

Министерством обороны Российской Федерации разработан и издан приказ №670 2014 года «О мерах по реализации отдельных положенийстатьи 81 ФЗ от 21 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»», в котором определено, что Военно-учебные заведения самостоятельно разрабатывают основные профессиональные образовательные программы в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и квалификационными требованиями.

Квалификационные требования направлены на разработку модели будущего военного специалиста. Другими словами, заказчики военных кадров (в случае подготовки военно-медицинских специалистов заказчиком является Главное военно-медицинское управление) должны определить, какие военно-профессиональные компетенции (знания, умения, владения) необходимо сформировать в военно-учебном заведении, чтобы они позволили выпускнику успешно выполнять обязанности по должностному предназначению.

Министерством обороны определены все элементы учебно-материальной базы в укрупненных показателях (группы или типы объектов), без более детального указания составляющих этих групп.

Таким образом, необходима разработка нормативных документов Министерства обороны Российской Федерации, детально определяющих номенклатуру и количество имущества для учебных целей. На примере Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова – военно-учебное имущество, медицинское имущество для учебных целей.

Корнилова А.А.[1], Жуков А.А.[2],Еричев А.Н.[3]

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ ВОЕННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЮЖНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА

[1] *Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет*
[2] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*
[3] *Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*

Важнейшим условием боеспособности частей и подразделений армии и флота является сохранение профессионального долголетия военнослужащих, которое определяется состоянием их профессионального здоровья. Профессиональное здоровье детерминирует эффективность решения оперативных задач, особенно в экстремальных условиях учебно-боевой деятельности (Краснов В.Н., 1997; Жиляев Е.Г., 1997; Быков Ю.И. и др., 2002, Булка А.А. и др., 2011, 2012; Войтенко А.М. и др., 2012).

Во многих странах (США, Германия, Франция, Италия и др.) введена обязательная оценка профессионального здоровья лиц, работающих в экстремальных условиях деятельности, в т.ч. и военных специалистов (Корнилова А.А. и др., 2012). В нашей стране также проводятся подобные исследования, в том числе у людей, работающих в сложных и опасных условиях военного труда с определением уровней их профессионального здоровья (Маклаков А.Г., 1996; Пономаренко В.А., 2006; Сысоев В.Н. и др., 2009).

Научно-технический прогресс привел к широкому внедрению комплексной механизации и автоматизированных систем управления в военном деле. Это в полной мере относится и к специальным объектам военной инфраструктуры (ОВИ), которые представлены и эксплуатируются в различных родах и видах ВС РФ, в частности в ВМФ, ВКС, РВСН. Уровень развития военной техники в современных ОВИ характеризуется значительной долей умственного труда военных специалистов из числа обслуживающего персонала, чьей основной функцией является управление и контроль за техническими системами. В свою очередь, форма взаимодействия человека с техникой в настоящее время трансформируется из энергетической в информационную, в связи с чем личный состав современных ОВИ в большинстве своем относится к специалистам операторского профиля деятельности. В связи с этим проблема изучения профессионального здоровья специалистов, работающих в экстремальных условиях деятельности, представляется в настоящее время актуальной.

Целью исследования явилось изучение факторов, влияющих на профессиональное здоровье военных и гражданских специалистов, проходящих службу в войсковой части, дислоцированного на территории Южного военного округа (ЮВО).

В результате работы обследовано 131 военнослужащих и лиц гражданского персонала, из них: военнослужащих по контракту 95 человек, военнослужащих по призыву – 25 человек, лиц гражданского персонала – 11 человек. Из общего количества обследованных – 32 женщины. Возраст обследованных составил от 19 до 50 лет.

При обследовании использованы следующие методики: тест внутриличностной конфликтности А. Шипилова, многофакторный личностный опросник «Адаптивность», тесты Г. Айзенка и Ч. Спилбергера-Ю. Ханина.

По результатам тестирования профессиональной пригодности все военнослужащие были разделены на 4 группы: 1 группа – 22%, 2 группа – 40%, 3 группа –40%, 4 группа – 8%.

Выявлены следующие неблагоприятные факторы:

- признаки нервно-психической неустойчивости – 4%;
- начальные признаки депрессивного состояния – 14%;
- высокая ситуационная тревожность – 63%;
- высокая тревожность как стабильное свойство личности – 24%;

- повышенный уровень суицидального риска – 6%;
- склонность к злоупотреблению спиртными напитками – 12%;
- высокая внутриличностная конфликтность – 15%;
- низкий уровень поведенческой регуляции – 10%;
- недостаточная социализация – 3%;

Таким образом, выявлено, что характерной чертой деятельности специалистов ОВИ является постоянное психическое напряжение. Кроме того, деятельность военных операторов постоянно связана с высокой ответственностью за результаты труда. Установлены факторы нарушения профессионального здоровья у военных операторов, такие, как монотония, конфликт социальных ролей или их неопределенность, небольшой диапазон принятия решений, отсутствие поддержки товарищей и членов семьи. Определено, что сходное действие у специалистов операторского профиля оказывают ограничения значимых потребностей в профессиональной, служебной, семейно-бытовой и социальных сферах.

Результаты исследования позволили выявить состав, а также количественную и качественную характеристику неблагоприятных для здоровья факторов профессионального здоровья военнослужащих операторского профиля, проходящих службу в специальных ОВИ ЮВО.

Корнилова А.А.[1], Медведев Д.С.[2], Борисов Д.Н.[3]

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АВТОМАТИЗАЦИИ ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ЧАСТЯХ И ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

[1] *Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет*

[2] *Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН*

[3]*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

Одним из основных направлений организации качественного первичного учета раненых, больных и пораженных, поступивших на этапы медицинской эвакуации, является внедрение современных средств автоматизации информационно-статистической деятельности (ИСД). ИСД является основным механизмом поступления информации о структуре санитарных потерь и движении раненых и больных для принятия управляющих решений по медицинскому обеспечению войск старшими командирами и начальниками и органами управления медицинской службы. При этом персональная медицинская информация о ранении (заболевании, смерти), полученном в ходе выполнении обязанностей военной службы, является важным юридическим фактором, способствующим в дальнейшем получению военнослужащим или членами его семьи финансового обеспечения, социальных или медицинских льгот в связи с полученным ранением (заболеванием).

В то же время, до последнего времени первичный учет раненых и больных в войсковом звене осуществляется без использования каких-либо средств автоматизации, способствующих появлению своевременной, полной и достоверной информации о случаях ранений и заболеваний в электронном виде.

Для решения данной задачи в Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова разработана методология информатизации информационно-статистической деятельностис использованием мобильного программно-аппаратного комплекса. В настоящее время она реализована на базе промышленного программно-аппаратного комплекса, который позволяет осуществлять первичный учет раненых и больных, а также составление и печать основных отчетных форм, определенных руководящими документами, на уровне

медицинской роты бригады и аналогичных по функциональному уровню ведения ИСД подразделений, частей и организаций медицинской службы.

Интерфейс ввода оптимизирован для ввода информации с использованием стилуса (без использования клавиатуры), что, в сочетании с возможностью изменения режима работы ноутбука в режим планшета, позволяет значительно увеличить мобильность и удобство работы медицинского регистратора. В состав интерфейса полей комплекса, составленного на основе первичной медицинской карточки, внедрена возможность интеграции мультимедийной (фото, аудио, видео) информации для нужд телемедицинского обеспечения, а также идентификации больного (раненого) и визуализации его состояния. Внедрена возможность экспорта и импорта информации о каждом пациенте на уровне первичных электронных медицинских карт, что делает возможным составление на их основе медицинских регистров и ЦОДов военно-медицинского назначения.

Разработанный программно-аппаратный комплекс базируется на программном обеспечении с открытым исходным кодом, лицензированным для использования в МО РФ, вошел в нормы снабжения медицинской службы ВС РФ и уже используется в качестве штатного оснащенияряда объектов медицинской службы.

Костенко В.А., Скородумова Е.А, Рысев А.В, Ляховец Е.Г.,Федоров А.Н.

ОСТРАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СИНУСОВОГО РИТМА – ЕСТЬ ЛИ РАЗЛИЧИЯ В ТЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ?

Санкт-Петербург, ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Цель работы. Оценитьвлияние характера сердечного ритма упациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН)на клиническое течение и прогноз.

Материалы и методы.Объект исследования — пациенты, лечившиеся в ГБУ НИИ СП в 2012 г. с ОДСН - 313 человек. В зависимости от ритма сердечных сокращений все пациенты были разделены на 2 группы: 1 - с сохраненным синусовым ритмом (СР) - 121 человек и 2-я - с фибрилляцией предсердий (ФП) - 192 человека. Выборки исходно сравнимы по полу и возрасту. Все больные получали терапию согласно протоколу ОДСН.Изучались клинико-лабораторные, инструментальные данные и отдаленные исходы. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты. Были оценены параметры,отражающие выраженность системной воспалительной реакции (СВР), сопутствующей проявлениям ОДСН, при поступлении и при выписке из стационара.Уровни С-реактивного белка (СРБ) при поступлении пациентов в стационар составляли 22±2,2 мг/л в первой группе, и 27,7±2,01 мг/мл во второй выборке, но различия статистически незначимы. Достоверные различия данного показателя появляются при выписке: 17,9±1,8 г/л в группе с ФП, против 12,9±0,9 мг/л – с СР, при $p<0.05$. Отличная динамика отмечается с другими показателями, отражающими СВР. В первой выборкескорость оседания эритроцитов (СОЭ) при поступлении составила 20,1±1,1мм/ч против 19,2±0,9 мм/ч в другой группе, но отличия между выборками статистически незначимы, $p>0.05$. При выписке уровни СОЭ в группах составили: в 1 выборке 25,4±1,3 мм/ч, во 2 - 21,08±1,05 мм/ч, $p<0.05$. Моноциты у лиц с ФП при поступлении составили 6,29±0,26 $x10^9$л, против 5,5±0,29$x10^9$л у больных с СР,$p<0.05$, а при выписке у таких пациентов достоверности различий не наблюдалось: у когорты больных с синусовым ритмом - 7,8±0,2$x10^9$л против 8,4±0,2$x10^9$л, $p>0.05$.Во всей выборке эти показатели были значимо выше нормы,$p<0.01$. При поступлении фракция выброса (ФВ) у лиц, имеющих ФП,-39,2±1,02% против 32,6±1,38% в группе с СР, $p>0.05$. К концу госпитализации появились различия: в выборке пациентов с СР ФВ составила 35,7±0,7%, в

другой группе - 43,5±0,3%, p<0.05. Суммарная доза лазикса ввыборках была: в первой - 245,9±19,2 мг, во второй - 277.3±15,6мг, t=0,26. Однако, средняя доза препарата на один прием составляла: в 1 группе -22,1±16,9 мг, во 2- 28.7±19.9 мг, p<0.05. Летальность в стационаре в первой выборке достигала 17,3%, во второй - 10,4%,p>0.05. Достоверными являются отдаленные различия в прогнозе для таких больных. Так, постгоспитальная летальность в группе с СР была значимо выше – 5,4% против 2% с ФП, p<0.05. Несмотря на это, во второй выборке отмечалась более высокая частота повторных госпитализаций, связанных с ОДСН: 69,4% против 25,5% p<0.05. В группе больных с СР имелась достоверно большая частота развития острого коронарного синдрома (ОКС) 18,0%, а у лиц, имеющих ритм ФП она составила 9,0%, p<0.05.

Выводы. У пациентов с СР в госпитальном периоде выявлено достоверное увеличение показателей СОЭ, по сравнению с больными, имеющими ФП. У пациентов второй группы отмечается более выраженное увеличение моноцитов при поступлении и СРБ при выписке из стационара, вносящее вклад в СВР и обуславливающее в последствии бóльшее число случаев ОДСН. Фракция выброса к концу госпитализации при бóльшей средней дозе лазикса на однократное введение у пациентов с СР достоверно ниже, по сравнению с больными с ФП. В отдаленном периоде у пациентов, с СР отмечалась более высокая частота развития ОКС и летальность. У больных с ФП выявлена бóльшая вероятность развития ОДСН.

Костин Д.В., Абриталин Е.Ю., Киселева Н.В., Зенина Е.А., Скоробогатова Е.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКЛОННОСТИ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ У КУРСАНТОВ 1 КУРСА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Для выполнения задач профессионально-психологического сопровождения учебного процесса в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова было проведено психологическое обследование курсантов 1 курса 2015 года поступления, включая выявление склонности к реализации различных форм асоциального поведения.

Материал и методы исследования: было обследовано 632 курсанта 1 курса, из них 174 курсанта 2 факультета («Подготовки врачей для Ракетных и Сухопутных войск»), 152 курсанта 3 факультета («Подготовки врачей для ВВС»), 134 курсанта 4 факультета («Подготовки врачей для ВМФ») и 172 курсанта 8 факультета («Среднего профессионального образования»). Для выявления лиц, предрасположенных к асоциальным формам поведения, был использован опросник склонности к отклоняющемуся поведению, состоящий из 7 шкал: «социальная желательность», «нонконформизм», «склонность к риску», «импульсивность», «агрессивность», «склонность к делинквентному поведению» и «склонность к аддиктивному поведению».

По резльтатам проведенного обследования установлено, что у подавляющего большинства первокурсников отсутствуют выраженные признаки отклоняющегося (асоциального) поведения. Однако при этом у достаточно большого числа курсантов 8 факультета (43%) выражена готовность реализовать различные формы рискованного поведения, выражена потребность в «острых» ощущениях, больше чем у курсантов других факультетов ($p < 0,05$) выявлена слабость волевого контроля эмоциональной сферы, склонность реализовать негативные эмоции непосредственно в поведении.

В процессе обследования особое внимание уделено значениям шкал «делинквентное поведение»-«ДП», которая выявляет предрасположенность к асоциальному поведению, и «аддиктивное поведение»-«АП», которая определяет ориентацию обследуемого на чувственную сторону жизни, наличие «сенсорной жажды». В результате проведения методики выявлены некоторые тенденции в готовности совершать правонарушения,

вступать в конфликт с общепринятым образом жизни и правовыми нормами у 6 % курсантов 2 факультета, 12 % – 3 факультета и 23 % – 8 факультета. У 8 % курсантов 8 факультета признаки данного показатели ярко выражены. У курсантов 4 факультета только два курсанта имеют большую степень выраженности делинквентного поведения.

Значения показателя, выявляющего предрасположенность к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, склонность к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем (склонность к алкоголизации, употреблению токсических и наркотических веществ) несколько ниже. Наибольшее количество курсантов с выраженными признаками данного показателя обнаружены у обучающихся на 8 факультете (7%).

Таким образом, по результатам проведенного исследования были выявлены курсанты, имеющие склонность к проявлению отклоняющегося поведения. Данные военнослужащие нуждаются в проведении дополнительных психокоррекционных мероприятий в рамках профессионально-психологического сопровождения для улучшения военно-профессиональной адаптации и уменьшения вероятности реализации асоциальных форм поведения.

Костин Д.В., Абриталин Е.Ю., Киселева Н.В., Зенина Е.А., Скоробогатова Е.А.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ С КУРСАНТАМИ 1 КУРСА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Для выполнения задач профессионально-психологического сопровождения учебного процесса в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова были проведены психологическое и психофизиологическое обследования, а также оценка функционального состояния обучающихся курсантов 1 курса 2015 года поступления.

Основной целью психологического мониторинга являлась оптимизация военно-профессиональной адаптации курсантов к условиям обучения в академии. Всего было обследовано 632 курсанта 1 курса, из них 174 курсанта 2 факультета («Подготовки врачей для Ракетных и Сухопутных войск»), 152 курсанта 3 факультета («Подготовки врачей для ВВС»), 134 курсанта 4 факультета («Подготовки врачей для ВМФ») и 172 курсанта 8 факультета («Среднего профессионального образования»). По результатам проведеного обследования были сформированы группы динамического наблюдения (ГДН) и определен объем необходимых психокорреционных мероприятий (табл. 1, 2).

Таблица 1

Распределение курсантов 1 курса по группам динамического наблюдения

№ п/п	Группы динамического наблюдения(ГДН)	Количество курсантов (%)			
		факультет			
		2	3	4	8
1.	Группа со сниженным уровнем нервно-психической устойчивости	12 (7%)	9 (6%)	5 (4%)	26 (15%)
2.	Группа со сниженным уровнем коммуникативного потенциала	18 (10%)	16 (11%)	15 (11%)	43 (25%)
3.	Группа со сниженным уровнем моральной нормативности	23 (13%)	20 (13%)	11 (8%)	36 (21%)
4.	Группа со сниженным уровнем функционального состояния организма	49 (28%)	63 (41%)	73 (54%)	54 (32%)
5.	Группа со сниженным уровнем военно-профессиональной мотивации	25 (14%)	37 (24%)	19 (14%)	40 (23%)

Таблица 2
Основные направления и методы психокоррекции по группам динамического наблюдения (согласно табл. 1)

ГДН	Направление коррекционных мероприятий; основные методы коррекции	Способ, периодичность и длительность
1.	Развитие навыков эмоциональной саморегуляции, волевых качеств, физиологических резервов. Методы саморегуляции функционального состояния, снижение возбудимости, развитие волевых навыков.	Индивидуаль. и групповой; по отдель. плану
2.	Управление эмоциональным состоянием. Социально-психологический тренинг для развития навыков общения в коллективе, гармонизацию межличностного взаимодействия.	Групповой, 2 раза в нед. в течение первых 3 мес.
3.	Воспитательное воздействие с целью укрепления моральных качеств. Разъяснительные, рациональные беседы с компонентами убеждения с целью развития ценностных ориентаций, моральной ответственности.	Индивидуаль. и групповой, по отдель. плану
4.	Нормализация физиологических функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Методы релаксации (активная и пассивная мышечная релаксация), направленность на повышение общего фона настроения, уверенности в себе, снижение тревоги.	Групповой, 2 раза в нед. в течение первых 3 мес.
5.	Воспитательное воздействие с целью укрепления дисциплины, чувства ответственности. Беседы, диспуты с компонентами убеждения. Организация встреч с ветеранами и офицерами-профессионалами, просмотры кинофильмов и т.п.	Индивидуаль. и групповой, по отдель. плану.

В результате проводимых мероприятий у курсантов должны сформироваться навыки саморегуляции психического состояния и поведения, повыситься учебная мотивация, социально-психологическая компетентность. Ожидаемым результатом мероприятий психологической коррекции в целом является повышение уровня военно-профессиональной адаптации и мотивации к обучению за счет развития адаптационного потенциала личности и нормализации психофизиологического состояния.

Котляров С.В., Мартынюк И.И., Железняк С.Г.

АДАПТИВНОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Биоуправление — это комплекс идей, методов и технологий, направленных на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций, при различных состояниях. Для понимания механизмов биоуправления необходимо раскрыть следующие термины:

«Нейропластичность»- изменение структуры нейронов мозга, их функций, образование новых нейронных связей в ответ на различные воздействия.

«Биологическая Обратная Связь» (Biofeedback) (БОС) - процесс, в ходе которого, посредством внешней цепи обратной связи, человеку предоставляется информация о состоянии и динамике собственных физиологических процессов, что дает ему возможность, в той или иной степени, влиять на них и мотивирует его, то-есть позволяет проводить ауторегуляцию.

Тренинги с использованием биологической обратной связи уже не первый год успешно используются в опорно-двигательной реабилитации (последствия ОНМК, ЧМТ, травм периферических нервов), а также в психоэмоциональной и психофизиологической коррекции состояния человека. Метод применяется в медицинских учреждениях, спортивных школах, сфере психологической помощи, образовательной среде, при подготовке кадров для подразделений особого назначения. На сегодняшний день, метод БОС тренинга регламентирован 53-мя документами Министерства Здравоохранения РФ и подтвержден множеством клинических и научных исследований.С развитием компьютерных технологий, беспроводных видов связи данный метод становится более доступным и эффективным, что делает возможным расширение сферы его применения.

Основными целями применения метода БОС являются:

превращение больного из объекта терапии в её активного участника, что ведет к повышению эффективности лечения и профилактики различных состояний;

помощь здоровому организму правильнее использовать имеющиеся у него ресурсы для повышения уровня физической подготовки, общего здоровья;

По нашему мнению применение метода БОС в амбулаторно-поликлинической практике и его дистанционное использование имеет свои преимущества, как-то:

развитие междисциплинарного медицинского подхода;

направленность не только на «исправление» здоровья, но и на сохранение здоровья;

значительное повышение приверженности к терапии.

высокая социальная направленность и доступность.

Внедрение технологий адаптивного биоуправления в практикумедицинских организаций, оказывающих медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях несет в себе медико-экономический и медико-социальный эффект направленный на человека и на систему здравоохранения.

Для человека эффект заключается в:

снижении степени инвалидизации опорно-двигательной системы;

повышение адаптационных возможностей;

самопонимание различных состояний и применение приемов ауторегуляции.

повышение результативности спортивных нагрузок.

Для здравоохранения данный эффект состоит в:

повышении качества и продолжительности жизни населения;

снижении количества плановых и экстренных госпитализаций, нагрузки на отделения реабилитации;

уменьшении расхода лекарственных средств;

улучшении социального климата и эффективности труда человека.

Кравцов М.Н., Алексеев Е.Д., Елькин Д.А., Свистов Д.В.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА.

ФГБВОУВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, Кафедра нейрохирургии, г. Санкт-Петербург. тел:+7-905-225-26-14, e-mail: neuromax@mail.ru

Цель исследования: оценить функцию позвоночника женщин во время беременности после эндопротезирования межпозвонковых дисков поясничного отдела имплантатом «M6-L» (SpinalKinetics).

Материалы и методы. Проанализировано состояние двух женщин во время беременности после эндопротезирования межпозвонковых дисков имплантатом «M6-L» (SpinalKinetics) передним забрюшинным доступом, выполненного в клинике нейрохирургии

ВМедА в 2014г. В обоих случаях операции выполнены на сегменте LV-SI. Поводом для операции послужили хронические боли в спине и острая люмбоишиалгия вызванная крупными срединными грыжами межпозвонковых дисков.Возраст женщин составил 29 и 25 лет. Состояние пациентов оценивалось до и после операции, в первой, второй половинах беременности, после родов – посредством неврологического осмотра, субъективной оценки болевых ощущений и качества жизни (VAS, ODI); также оценивались изменения массы тела пациентов, сроки наступления родов, методы родоразрешения, осложнения в родах связанные с заболеванием позвоночника и последствиями операций.

Результаты. Боль в нижней части спины до операции беспокоила пациентов на протяжении 36 мес. и 6 мес. В обоих случаях боль носила умеренный характер – 5 баллов по VAS. Корешковая боль в нижних конечностях составила (VAS) – 10 и 7 баллов. Качество жизни по опроснику Oswestry было оценено пациентками в 94 и 38 баллов. После наступления беременности (через 14 мес. и 13 мес. после операции) показатели боли в спине составили 0 и 3 балла, в ноге 0 и 2 балла (VAS). Показатель ODI составил 0 и 16 баллов. На сроке беременности 36 недель в одном случае отметилось незначительное нарастание боли в спине (до 4 баллов по VAS), провоцируемое пролонгированной статической нагрузкой; качество жизни пациентами оценено в 0 и 18 баллов (ODI). Прибавка в массе тела за всю беременность составила 17 кг. и 5 кг. Роды в обоих случаях были срочные, через естественные родовые пути. Вес плода составлял 3070г. и 2350г. Осложнений не было. Усиление болей в спине и нижних конечностях в ближайшее время после родов не отмечалось.

Заключение. Эндопротезирование межпозвонковых дисков LV-SI, по нашим данным, не повлияло на сроки наступления родов, не препятствовало естественному родоразрешению. Дополнительная нагрузка на позвоночник, вызванная увеличением массы тела за время беременности, существенно не отразилась на функции позвоночника.

Кравцов М.Н., Булыщенко Г. Г., Орлов В.П., Мирзаметов С.Д., Свистов Д.В..

ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСФОРАМИНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА.

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Цель исследования: предварительная оценка эффективности чрескожной трансфораминальной эндоскопической хирургии грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 24 пациентов (М : Ж = 20 : 4, средний возраст 40,5 лет), которые подверглись перкутанному трансфораминальному эндоскопическому вмешательству на поясничном отделе позвоночника в период с сентября 2015г. по январь 2016г. Показанием к лечению явились: грыжи межпозвонковых дисков (n=20), рецидивы грыж межпозвонковых дисков после стандартной микродискэктомии (n=3) и трансфораминальной эндоскопической дискэктомии (n=1). Все вмешательства были выполнены под общей анестезией, с использованием эндоскопической системы Joimax. Доступ осуществлялся под контролем флюороскопии или навигации совмещенной с интраоперационной конусно-лучевой КТ на аппарате O-arm (Medtronic). Результаты хирургического лечения оценивались с использованием объективных (неврологический статус, МРТ), и субъективных (шкалы VAS и ODI, критерииMacNab) параметров. Катамнез составил от 2 до 5 мес.

Результаты. Грыжи межпозвонковых дисков располагались на уровнях LII-LIII (3), LIII-LIV (1), LIV-LV (17), LV-SI (3) позвонков. Медианно-парамедианная локализация встретилась в 16, фораминальная – в 4, экстрафораминальная – в 2 случаях. У 16 пациентов

грыжи ограничивались дисковым уровнем, в 8 случаях отмечалась краниальная или каудальная миграция секвестра до ¼ высоты тела позвонка. Хирургическая техника сочетала методики YESS (“insideout”) и TESSYS (“outsidein”), что определялось локализацией хирургической мишени, анатомией позвоночника и таза, патологической микроанатомией области межпозвонкового отверстия. Продолжительность операций составила от 35 до 160 мин. У всех пациентов, грыжи межпозвонковых дисков были удалены, что подтверждено данными МРТ через 1-2 сут. после операции. Конверсия не потребовалась ни в одном случае. Визуальная оценка степени декомпрессии сочеталась с диагностической электростимуляцией корешков. Послеоперационная МРТ выполненная подтвердила успешность выполненной декомпрессии невральных элементов. Благоприятный исход (отличное или хорошее исход по критериям MacNab) был достигнут у 22 (91,6%) пациентов. Осложнений не было. Рецидив грыжи в сочетании с люмбоишиалгией произошёл у 1 пациента через 1 месяц после операции. Срок госпитализации составил в среднем 3,7 суток. Факторы риска для неблагоприятного исхода не были найдены в настоящем исследовании (P> 0,05).

Заключение.Перкутанная эндоскопическая трансфораминальная дискэктомияявляется безопасной и эффективной, и может быть рассмотрена как альтернатива микродискэктомии.

Кравцов М.Н., Елькин Д.А., Алексеев Е.Д., Свистов Д.В.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

ФГБВОУВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Тел: +7-905-225-26-14, e-mail: neuromax@mail.ru

Цель исследования: предварительная оценка результатов вентральной поясничной дискэктомии с последующим эндопротезированием межпозвонкового диска подвижным имплантатом «M6-L» (SpinalKinetics) у больных дискогенной люмбоишиагией, вызванной крупными центральными экструзиями.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 25 больных (мужчин – 14; женщин – 11), оперированных в клинике нейрохирургии ВМедА в 2014 – 2015 гг. Средний возраст больных 34 года (22-53 лет). Больные разделены на две группы по виду хирургического пособия. I группу (n=11) составили пациенты с крупными срединными грыжами, которым выполнена дискэктомия и эндопротезирование дисков LIV-LV (n=4), LV-SI (n=6), LIV-LV-SI (n=1). Во II группу (n=14) вошли пациенты с первичными срединными грыжами LIV-LV (n=5), LV-SI (n=9), оперированные методом микродискэктомии. Результаты лечения оценивались посредством известных оценочных шкал (VAS, ODI) до и после операции - через 1, 6 и 12 месяцев; выполнялись контрольные рентгенография, КТ и МРТ.

Результаты. У 20 больных (80%) имелась хроническая боль (6; 132 мес.) в нижней части спины. Средние значения интенсивности боли в спине до операции (VAS, баллы) составили в I группе 6 (1; 8), во II группе 6 (3; 7), боли в ногах – 7 (4; 10) и 6 (4; 8), соответственно в I и II группах. Средние значения показателей качества жизни (ODI, баллы) перед операцией в I группе составили 49 (22; 98), во II группе – 48 (22; 76). Продолжительность операции в I группе составила 120 – 225 мин., во II группе 50 – 180 мин. В ходе наблюдения установлено, что у больных II группы отмечены рецидивы грыж с болевым синдромом, потребовавшие в 6 случаях (42,8%) повторных операций в сроки 3 – 12 мес. после операции. Средний показатель интенсивности боли (VAS, баллы) в I группе (n=10) в первые 6 мес. после операции составил – в спине – 1 (0; 3), в ноге – 1 (0; 3). Во II группе (n=10) через 6 мес. боль в спине (VAS, баллы) составила в среднем 5 (0; 9), в ноге 3

(0; 8). Усредненные значения качества жизни (ODI, баллы) в I группе (n=10) через 6 мес. составили 10 (0; 24), во II группе (n=10) 23 (0; 62). Через 1 год после операции прослежены результаты 8 пациентов I группы и 8 пациентов II группы не имевших рецидивов грыж. Средние показатели интенсивности боли в спине I группе составили 1 (0; 3), в ноге – 1 (0; 2), значения качества жизни (ODI, баллы) составили 9 (0; 24). Пациенты из II группы: боль (VAS) в спине 3 балла (0; 7); в ноге 1 (0; 2); (ODI) 10 баллов (0; 18). Осложнения, связанные с операцией в I группе: тромбоз левой общей подвздошной и бедренной артерий – 1 случай, повреждение левого мочеточника – 1 случай, ретроградная эякуляция – 1 случай. Во II группе осложнений не было.

Заключение. Стандартная микродискэктомия при центральных грыжах межпозвонковых дисков часто имеет плохой прогноз. По данным литературы до 85 % всех рецидивов возникает после удаления таких грыж задним доступом. Вентральная дискэктомия с одновременным замещением диска протезом «M6-L» (SpinalKinetics) позволяет улучшить результаты хирургического лечения этой категории больных.

Кравчук Ю.А., Грибкова А.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, 2-ая кафедра (терапии усовершенствования врачей).

Аутоиммунный гепатит – хроническое воспалительное заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся перипортальным или более обширным воспалением, выраженной гипергаммаглобулинемией и появлением в сыворотке крови широкого спектра аутоантител, вследствие нарушенной иммунорегуляции, представленной дефектом супрессорных (регуляторных) Т-клеток.

Язвенный колит – тяжелое хроническое заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся язвенно-некротическим поражением слизистой оболочки прямой, прогрессирующим течением и частым развитием местных и системных осложнений. Для указанных заболеваний характерно редкое сочетанное течение и ряд клинических особенностей.

Больной О., 20 лет поступил в клинику с жалобами на выраженные боли по ходу толстой кишки; метеоризм; кашицеобразный стул коричневого цвета с частотой 1-3 раза в сутки без видимых патологических примесей; длительно сохраняющийся субфебрилитет (максимально до 37,4); снижение массы тела на 10 кг за полгода; выраженную общую слабость. По данным амбулаторного исследования уровень гемоглобина составил – 70 г/л, в связи с чем был экстренно госпитализирован в клинику. По данным объективного обследования: незначительное увеличение печени, выраженная болезненность при пальпации по ходу толстой кишки. В биохимическом анализе крови отмечался холестатический, цитолитический синдромы, снижение уровня сывороточного железа. По данным УЗИ брюшной полости – гепатомегалия, диффузные изменения печени. По результатам электрофореза с иммунофиксацией белков плазмы отмечены сниженные значения альбумина, α2 - глобулинов, повышенные значения γ- глобулинов в 2,5 раза. По результатам скрининга на аутоиммунную панель– выявлены антинуклеарный фактор – тип свечения цитоплазматический 1:10000, антитела к цитоплазме нейтрофилов– тип свечения атипический 1:1000; скрининг аутоиммунного поражения печени (антитела к париетальным клеткам желудка (АПКЖ) – 1:10000, антитела к гладким мышцам (АГМА) – 1:10000), иммуноблот «Печеночный профиль» (SLA +++, F-актин +). Фиброколоноскопия с биопсией -

эндоскопические признаки язвенного колита, тотальная форма, умеренной степени активности. Морфологическая картина соответствует клиническому диагнозу. В связи с выявленной патологией печени и кишечника, пациенту проводилась комплексная терапия препаратами 5-АСК, гормональная, гастропротективная, полиферментная, метаболическая, антибактериальная терапия, переливание эритроцитарной массы. На фоне проводимой терапии у больного купировался болевой абдоминальный синдром, по биохимическим показателям уменьшился холестатический и цитолитический синдромы, уровень гемоглобина поднялся до 103 г/л. С целью потенцирования иммуносупресивного эффекта и уменьшения риска развития побочных эффектов глюкокортикоидов, пациенту дополнительно был назначен Азатиоприн. В последующем была достигнута ремиссия заболеваний. На контрольной ФКС через 6 месяцев – слизистая оболочка толстой кишки без язвенных и воспалительных дефектов. Пациент продолжает наблюдаться в клинике.

Таким образом, выбор тактики ведения пациента должен определяться в соответствии с показаниями и стандартами лечения обеих нозологических форм. Особенностью у данного больного сочетанного течения аутоиммунного гепатита и язвенного колита явилось быстрое формирование тотального поражения толстой кишки, что потребовало назначения комбинированной иммуносупрессивной терапии (преднизолон +азатиоприн).

Красаков И.В., Литвиненко И.В.

ВЛИЯНИЕ ГЛУБОКОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКИХ ЯДЕР НА АРХИТЕКТОНИКУ СНА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Электростимуляция глубоких структур головного мозга признана эффективной и безопасной методикой лечения моторных симптомов болезни Паркинсона. Основной хирургической мишенью при болезни Паркинсона является субталамическое ядро. Несмотря на широкое внедрение электростимуляции ее влияние на немоторные проявления болезни Паркинсона мало изучено. Расстройства сна являются частым недвигательным симптомом болезни Паркинсона, среди которых особое место занимает нарушение фазы быстрого сна. Диагностика и коррекция данного расстройства важны в связи с наличием прямой корреляции степени выраженности нарушения фазы быстрого сна, когнитивных нарушений и галлюцинаций у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона.

Цели исследования: рассмотреть вопрос взаимосвязи двусторонней электростимуляции субталамических ядер и развития нарушения фазы быстрого сна у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона; изучить возможные механизмы развития указанного расстройства сна на фоне операции.

Материалы и методы. Обследовано 14 пациентов с болезнью Паркинсона перенесших двустороннюю электростимуляцию субталамических ядер. Всем пациентам проведено комплексное полисомнографическое исследование. В случаях выявления у пациентов расстройства фазы быстрого сна проведена поэтапная (в зависимости от получения эффекта) терапия мелатонином и клоназепамом.Также проведен обзор отечественной и иностранной литературы, посвященной изучению влияния электростимуляции на качество сна у пациентов с болезнью Паркинсона.

Результаты. Все пациенты перенесшие операцию отмечали субъективное улучшение качества сна, что было подтверждено результатами полисомнографического исследования. Однако у всех пациентов отмечалось достоверное снижение процентного содержания фазы быстрого сна. При этом у 8 пациентов было диагностировано расстройство фазы быстрого сна, что проявлялось появлением криков, махов, ударов руками во сне во время фазы быстрого сна подтвержденной при помощи полисомнографии. При назначении мелатонина не отмечалось снижение выраженности симптоматики даже при увеличении дозы до 6 мг

перед сном. Прием клоназепама приводил к купированию данной патологии, однако применяемая доза была значительно выше, чем в сопоставимой группе пациентов без перенесенного оперативного вмешательства и максимально достигала 4 мг перед сном, что было сопряжено с развитием побочных эффектов.

Выводы. Субталамические ядра имеют прямые связи с ядрами, регулирующими фазу быстрого сна. Вероятно, в процессе установки электрода в субталамическое ядро происходит повреждение данных связей, что приводит к нарушению фазы быстрого сна. При этом более точная установка электрода может являться предрасполагающим фактором к развитию данного расстройства. Эффективность терапии нарушения фазы быстрого сна мелатонином и клоназепамом после проведенной электростимуляции крайне низкая.

Кропотов П.С., Тихомирова О.Е., Бойков И.В., Припорова Ю.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВМЕЩЕННОЙ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Актуальность. Множественная миелома является наиболее частым заболеванием из группы парапротеинемических гемобластозов, характеризующимся наличием литических очагов в кости, патологических переломов, компрессией спинного мозга и гиперкальциемией. Остеолитические очаги определяются у 90% больных миеломой. Почти у 10% пациентов к моменту постановки диагноза имеется диффузная остеопения или остеопороз. Миеломатозная деструкция костей является основной причиной осложнений и смерти этих больных. Одним из недостатков рентгенодиагностики является то, что литические очаги выявляются не ранее, чем после потери 30% трабекулярной массы кости, что ведет к недооценке генерализованной остеопении, поражающей больных множественной миеломой. Развитие КТ и ПЭТ-технологий дает возможность более ранней диагностики множественной миеломы, более точной оценки ответа на терапию и улучшения прогноза заболевания.

Цель. Оценить возможность применения совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии с 18-фтордезоксиглюкозой в определении распространенности поражения множественной миеломой.

Материалы и методы. Совмещенное ПЭТ/КТ исследование с внутривенным болюсным контрастным усилением проведено 13 пациентам с диагностированной множественной миеломой. Четырем пациентам проводилось исследование перед назначением терапии и девяти для оценки проведенного лечения (ПХТ, лучевая терапия, пересадка костного мозга). Уровень метаболизма РФП оценивался полуколичественным методом – измерением стандартизованного уровня захвата (SUV) 18-ФДГ.

Результаты. При ПЭТ/КТ с 18-ФДГ участки миеломной деструкции выглядели, как дефекты костной ткани без реактивного склероза в ребрах, позвоночнике и костях таза. В трубчатых костях выявлялись участки лизиса с истонченными и неровными контурами эндооста, а также сливные участки из многочисленных мелких очагов деструкции с повышенным метаболизмом 18-ФДГ. У трех пациентов после проведения терапии выявлены ранее не диагностированные очаги миеломатозного поражения, что расценивалось как прогрессия заболевания. У одного пациента исследование проводилось через 3 недели после проведенной лучевой терапии и хирургического лечения, что сопровождалось гиперфиксацией РФП в очаге поражения, вероятнее вследствие воспалительных изменений. При контрольном ПЭТ/КТ-сканировании у 5 пациентов гиперметаболизма РФП

не определялось, что интерпретировалось, как достигнутое состояние ремиссии, которое впоследствии было подтверждено другими методами исследования (лабораторные, гистологические). При исследовании получены два ложноотрицательных результата: у одного пациента при рентгенографии скелета выявлены мелкие (менее 1 см) литические очаги в ребрах, которые не были обнаружены на ПЭТ/КТ; у второго пациента литические поражения, обнаруженные на рентгенограммах, показали низкий SUV и не были идентифицированы, как миеломатозные.

Заключение. Проведение ПЭТ/КТ с 18F-дезоксиглюкозой дает возможность визуализировать очаги миеломатозного поражения в костях, способствует более точной постановке диагноза при первичном обследовании. Также ПЭТ/КТ позволяет оценить результаты проведенной терапии.

Кудрявцева А.В., Железняк И.С., Колунов А.В.

МНОГОФАЗНАЯ СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРИЧИН МЕХНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ГЕНЕЗА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, кафедра военно-морской хирургии

Медико-социальное значение заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, определяется прежде всего их большой распространенностью. Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальность и в настоящее время.

Цель. Целью данной работы было определение причин билиарной гипертензии внепеченочного генеза методом многофазной спиральной компьютерной томографии.

Материалы и методы. Обследовано 93 пациента с билиарной гипертензией внепеченочного генеза. Протокол исследования включал нативное сканирование, исследование в артериальную, портальную и венозную фазы с внутривенным болюсным введением контрастного вещества в две фазы. Перед контрастным веществом вводили физиологический раствор для раскрытия вен и после контрастного вещества в качестве преследователя болюса. Зона сканирования – от уровня диафрагмы до гребней подвздошных костей. При постпроцессорной обработке оценивались причина обструкции, при наличии неопластического процесса оценивали возможность и вид оперативного вмешательства с учетом распространенности процесса и вовлечения сосудов.

Результаты.У 6 (6%) пациентов причиной механической желтухи служило новообразование дистальных отделов холедоха, у 15 (16%) – образование большого дуоденального сосочка, у 11 (12%) – опухоль Клатскина, у 2 (2%) – новообразование двенадцатиперстной кишки, у 19 (21%) – конкременты холедоха, у 29 (32%) – новообразование головки поджелудочной железы, у 5 (5%) – пакет лимфатических узлов или инфильтрат ворот печени. В 6 (6%) случаях столкнулись с диагностическими трудностями. В группе пациентов с холедохолитиазом у 3 (16%) наблюдались рентгеноконтрастные конкременты, у 2 (11%) – смешанные, в остальных 14 (73%) случаях выявлены холестериновые конкременты, слабо отличимые от плотности желчи. Из всех пациентов 17 (18%) признано неоперабельными.

Выводы. Многофазная спиральная компьютерная томография позволяет в большинстве случаев установить причину обструкции желчных путей и при наличии неопластического процесса оценить возможность выполнения и вид оперативного вмешательства.

Кудрявцева А.В., Кашкин Д.П.

МНОГОФАЗНАЯ СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИНЕНТОВ С ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Подпеченочная форма портальной гипертензии развивается при нарушении притока портальной крови к печени, причиной чаще всего является тромбоз воротной вены с последующим развитием коллатеральной венозной сети в области гепатодуоденльной связки. Развитие каверном часто приводит к сдавлению структур гепатодуоденальной связки.

Цель. Определение возможностей многофазной спиральной компьютерной томографии у пациентов с подпеченочной формой портальной гипертензии.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с подпеченочной формой портальной гипертензии. Среди больных преобладали пациенты мужского пола (60%). Протокол исследования включал нативное сканирование, исследование в артериальную, портальную (на 60 секунде) и венозную (на 90 секунде) фазы с внутривенным болюсным введением контрастного вещества в две фазы. Венозная фаза на 90 секунде позволяет подтвердить или опровергнуть наличие тромба венах портального русла. Зона сканирования – от уровня диафрагмы до гребней подвздошных костей. При постпроцессорной обработке оценивали: размеры и проходимость вен портального бассейна, наличие и выраженность портосистемных коллатералей, структуры гепатодуоденальной связки, наличие асцита.

Результаты. У всех пациентов получили качественное контрастирование вен портального русла. У 12 пациентов визуализировался тромб в основном стволе воротной вены, в остальных случаях выявить основной ствол воротной вены не представлялось возможным. У 8 пациентов определялись плотные каверномы, состоящие из клубка мелких сосудов, у 7 из этих пациентов также наблюдалась кавернозная трансформация селезеночной и верхней брыжеечной вен. В 21 одном случае выявлены не плотные каверномы изолированно в области воротной вены. У 7 пациентов в области гептодуоденальной связки прослеживалось несколько венозных стволов. Из всех обследованных больных в 11 случаях диагностировано расширение холедоха, долевых и сегментарных желчных протоков, у 9 пациентов выявлена изолированно холедохоэктазия.

Выводы. Многофазная спиральная компьютерная томография позволяет выявить причину подпеченочной формы портальной гипертензии, оценить структуры гепатодуоденальной связки, выраженность компрессии билиарной системы.

Кузин А.А., Гончаренко А.Ю., Лемешкин Р.Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Основными показателями, которые используются в эпидемиологическом надзоре (контроле) за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются характеристика и параметры деятельности стационара, клинико-эпидемиологические данные (структура и динамика заболеваемости основными нозологическими формами, распределение заболеваемости во времени и среди разных групп пациентов, в зависимости от факторов риска), а также показатели эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

При организации лечебно-диагностического процесса в стационаре по лечению тяжелых ранений и травм используется принцип последовательности и преемственности оказания специализированной медицинской помощи. Так, круглосуточный прием «по шоку»

подразумевает доставку пострадавшего санитарным автотранспортом с места получения травмы в стационар, где он вначале поступает в приемно-диагностическое отделение, затем в противошоковую операционную (операционный блок), откуда после оперативных вмешательств и стабилизации жизненно-важных функций переводится в отделение интенсивной терапии № 1 (ОИТ № 1). По клиническим показаниям пациент перемещается в специализированные хирургические отделения, где ему могут выполняться плановые оперативные вмешательства, и откуда при благоприятном исходе он выписывается. При развитии сочетанных, висцеральных и генерализованных инфекционных осложнений пациент переводится в отделение интенсивной терапии №2 (ОИТ № 2). Пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями и хирургической инфекцией поступают в отделение раневой инфекции. С точки зрения эпидемиологического и клинико-организационного подходов, при достаточной численности и подготовленности медицинского персонала следует выделять четыре потока поступающих пациентов:

1) не имеющие признаков хирургической инфекции и не нуждающиеся в интенсивной терапии – направляются в профильные специализированные хирургические отделения;

2) имеющие проявления раневой и послеоперационной инфекции – направляются в отделение раневой инфекции;

3) поступающие по неотложным показаниям и нуждающиеся в интенсивной терапии – после оказания противошоковых мероприятий переводятся в ОИТ № 1;

4) поступающие переводом из других медицинских организаций или этапов медицинской эвакуации, в зависимости от клинических показаний – поступают в ОИТ № 1, специализированные хирургические отделения или отделение раневой инфекции

Важным аспектом эпидемиологического надзора (контроля) за ИСМП является выявление подразделений стационара с высокими уровнями заболеваемости, что необходимо для определения главных направлений профилактики и проведения постоянного эпидемиологического мониторинга с регулярным исследованием клинического материала, а по эпидемическим показаниям, и смывов с объектов госпитальной среды, оценки эффективности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Кузин А.А., Ефремов А.А., Сиващенко П.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В энциклопедическом определении травматизм – это совокупность травм у определённых групп людей за конкретный период времени и важный показатель влияния социальных условий на состояние здоровья населения. По мнению академика В.Д. Белякова (1981), травмы, отравления и некоторые другие поражения по признаку значимости элементов внешней и внутренней среды целиком определяются воздействием внешней среды, хотя течение этих заболеваний зависит от генотипических и фенотипических особенностей организма. Для анализа травматизма в Международной классификации предусмотрено два раздела: XIX – травмы, отравления и некоторые другие последствия действия внешних причин и XX – внешние причины заболеваемости и смертности.

Значимость современного травматизма определяется его отрицательным влиянием на показатели здоровья населения, высокими уровнями заболеваемости, смертности, летальности, колоссальными социально-экономическими и финансовыми потерями. Так, в мире ежегодно около 12 млн людей получают травму, из них погибает около 300 тыс. человек. По данным ВОЗ на повреждения приходится 16,0 % всего бремени болезней. Инвалидность вследствие травм и заболеваний кожно-мышечной системы занимает одно из ведущих мест, опережая по социально-экономическому значению сердечно-сосудистые и онкологические болезни. Показатель временной утраты трудоспособности в этих случаях

носит не только медицинский, но и социально-эпидемиологический характер, так как страдает качество жизни людей. Большинство исследователей констатирует, что стоимость койко-дня определяется видом и тяжестью травмы, но во всех случаях она существенно возрастает при черепно-мозговых повреждениях. Особую сложность представляют раненые, нуждающиеся в протезировании как безальтернативном методе реабилитации.

Разными авторами показано, что медицинская помощь при травмах составляет значительную часть расходов здравоохранения. Ежедневно в Европе по поводу травм поступает в стационары более 60,0 тыс. и обращаются за амбулаторно-поликлинической помощью около 600,0 тыс. человек. Рост показателей травматизма отмечен во всем мире, т.е. он имеет глобальное распространение. По данным ряда статистических исследований в конце XX века в США ежегодно от травм погибали 150,0 тыс., становились инвалидами 380,0 тыс. и получали увечья 10,0-17,0 млн человек. В Европе травматизм находится на третьем месте среди основных причин смерти населения после сердечно-сосудистых заболеваний и рака. В России смертность от травм занимает третье место, играя существенную роль в депопуляции населения страны.

Особенностями современного травматизма является увеличение частоты множественных и тяжелых сочетанных травм, сопровождающихся шоком и феноменом взаимного отягощения, когда совокупность полученных повреждений создают угрозу для жизни и здоровья раненых и пострадавших. Особое значение имеет политравма, к которой относят тяжелую либо крайне тяжелую сочетанную или множественную травму, сопровождающуюся острым нарушением жизненно важных функций и требующую неотложной интенсивной терапии и специализированной медицинской помощи.

Таким образом, травматизм представляет собой не только совокупность травм у определенных групп населения, но и медико-социальное явление, обусловленное воздействием внешних факторов. Разнообразие причин и условий определяет современные эпидемиологические проявления травматизма, характеризующиеся интенсивностью его распространения среди разных групп населения, во времени и по территориям. Отличительными особенностями современного травматизма является увеличение удельного веса тяжелых повреждений, что требует совершенствования стационарной медицинской помощи раненым и пострадавшим, длительность лечения которых трудно прогнозируема.

Кузин А.А., Свистунов С.А., Суборова Т.Н., Жарков Д.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АСПЕКТЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

По самым скромным подсчетам, клинические проявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) обнаруживаются не менее чем у 5% пациентов, поступивших на стационарное лечение в медицинские организации здравоохранения. При этом частота летальных исходов связанная с ее конкретной нозологической формой, может достигать 60%, а с учетом риска генерализации инфекции равняться уровню доклинического применения антибактериальных средств. На сегодняшний день нет ни одной страны в мире, где не было бы зарегистрировано случаев ИСМП, что определяется существованием медицинских организаций со своей характерной экологией, представленной особенностями взаимоотношений между больничными возбудителями и людьми, находящими на лечении, работающими или посещающими больных. Своеобразие клинико-эпидемиологических проявлений ИСМП подчеркивает важность рассмотрения причин и механизмов ее развития с использованием эволюционно-экологического подхода, направленного на изучение взаимоотношений в системе «возбудитель – внешняя среда – организм человека».Инфекционные осложнения травматической болезни в специализированном

хирургическом стационаре могут быть представлены огромной частью ИСМП, общий перечень которых определен международной классификацией, составленной по клинико-патогенетическому принципу.

Материалом исследования явились сформированные базы данных кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период наблюдения с 1999 по 2012 гг. По даннымпроведенных исследований частота развития инфекционных осложнений в клинике военно-полевой хирургии при тяжелых сочетанных травмах составила в среднем 49,6%. Установлено, что одной из особенностей ИСМП при тяжелых ранениях и травмах является формирование ее источникав виде ранней колонизации пострадавших штаммами микроорганизмов, циркулирующих в стационаре, переходящей затем в инфекционный процесс. В то же время следует отчетливо понимать, что это является показателем клиники применительно к ее специфическому контингенту пострадавших. Полученные данныене могут использоваться ни как средний показатель частоты инфекционных осложнений при сочетанных травмах, ни как показатель эффективности лечения, ни как показатель деятельности конкретного лечебного учреждения без учета средней тяжести травм анализируемого контингента пострадавших. Проведенное клинико-эпидемиологическое исследование показало, что уже в 1-е сутки пребывания пострадавших в ОРИТ на коже, в носовых ходах, в полости рта обнаруживаются не только обычные их обитатели, но и условно-патогенная микрофлора, представленная грамотрицательными микроорганизмами (клебсиелла пневмонии, ацинетобактер), преодолевшими антиинфекционный барьер и максимально размножившимися на 3-и сутки, то есть перед развитием инфекции дыхательных путей (ИДП). Длительность пребывания в ОРИТ и продолжительность ИВЛ, как факторы большого риска, обусловливают развитие ИДП путем аспирации возбудителей из ротовой полости в трахеобронхиальное дерево, где имеются благоприятные условия для их жизнедеятельности.

Сопоставление концепции травматической болезни, полноценно раскрывающей причины и механизмы формирования источников инфекции среди раненых и пострадавших, с теорией саморегуляции паразитарных систем возбудителей, циркулирующих в условиях стационара, позволяет понять причины эпидемического процесса ИСМП, проявляющихся инфекционными осложнениями на протяжении травматической болезни.При тяжелых сочетанных травмах основу профилактики инфекционных осложнений должны составлять мероприятия, направленные на различные звенья эпидемического процесса госпитальной инфекции (на источник инфекции, механизм передачи и восприимчивость организма) с учетом выделения мероприятий главного направления (организационных, эпидемиологических).

Кузин А.А., Сыроежкин Ф.А., Борисов Д.Н.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Общепризнанным фактом является необходимость присутствия в любом стационаре системы эффективных клинико-организационных, лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний/осложнений (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи – ИСМП, заносы инфекций). В связи с этим предлагается использовать критерии, которым должна соответствовать работа по профилактике и борьбе с ИСМП в системе стационарной медицинской помощи. Следует отметить, что эти стандарты необходимо адаптировать применительно к стационарам, в которые поступают пациенты с высоким риском внутрибольничного инфицирования (например, травмоцентры). С учетом

результатов десятилетнего опыта работы были обоснованы и могут быть предложены следующие стандарты профилактики ИСМП:

1. Наличие в стационаре клинико-организационной структуры, позволяющей осуществлять эффективный эпидемиологический надзор (мониторинг) за ИСМП и принимать совместные управленческие решения по реализации комплексных и индивидуальных методов профилактики инфекционных осложнений у пациентов, входящих в группу высокого риска по их возникновению.

2. Активное выявление и регистрация случаев ИСМП с учетом возможности развития нескольких инфекционных осложнений в различные периоды госпитализации.

3. Клинико-эпидемиологическая диагностика ИСМП, в основе которой находятся применение адаптированных методов эпидемиологического анализа и проспективное наблюдение пациентов со стороны госпитального эпидемиолога и лечащих врачей.

4. В стационаре должны осуществляться ранняя этиологическая диагностика и микробиологический мониторинг инфекционных осложнений у пациентов из группы высокого риска для оценки спектра и динамики выделения возбудителей из клинического материала, а также с эпидемиологически значимых объектов госпитальной среды. Это предполагает наличие лаборатории клинической микробиологии, способной выполнять исследования, соответствующие стандартам качества и в необходимом объеме.

5. В стационаре разработаны, осуществляются и по эпидемическим показаниям корректируются стандартные лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, основанные на результатах клинико-эпидемиологической диагностики ИСМП.

6. Медицинский персонал участвует в активном выявлении ИСМП, регулярно проходит подготовку по их профилактике. Госпитальный эпидемиолог совместно с представителями администрации активно участвуют в обучении медперсонала на рабочих местах и клинико-административных обходах для текущего контроля его работы.

7. Госпитальный эпидемиолог регулярно осуществляет информирование медперсонала о риске внутрибольничного инфицирования и путях распространения ИСМП, порядку действий в случаях аварийных ситуаций, с учетом особенностей оказания медицинской помощи в стационаре, а также при заборе и транспортировании в лабораторию клинического материала.

Использование предлагаемых стандартов позволит системно усовершенствовать мероприятия по профилактике и лечению инфекционных осложнений у пациентов с высоким риском внутрибольничного инфицирования.

Кузнецова Л.К.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОГЕНЕЗА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель работы.Изучить частоту и выраженность дистрофических (диспластических) процессов в слизистой оболочке желудка у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Проведено гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки тела, антрального отдела желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки, периульцерозной зоны у 82пациентов с гастродуоденальными язвами, в том числе у 40- пожилого возраста (1- группа) и у 42 - молодого и среднего возраста, т.е. (контрольная группа). Из них у мужчинв 77.2% случаев, у женщин в 22.8%. Биоптаты фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине, забуференном по Лилли. Анализ гистологических препаратов осуществляли в соответствии с дополнениями к Сиднейской классификации хронического гастрита (Dixon M.E. etal., 1996), направленными на унификацию морфологических

заключений о выраженности атрофических изменений слизистой оболочки желудка, кишечной метаплазии, а также инфильтрации слизистой оболочки различными клеточными элементами.

Результаты проведенных нами исследований выявили высокую частоту дистрофических 82.4 ± 7.2 и атрофических (68.9 ± 8.3) изменений антрального отдела желудка у лиц пожилого возраста. В тоже время у больных контрольной группы данные изменения имели место лишь в 42.8 ± 4.75 случаев ($p < 0.01$), а атрофические –в 29.4 ± 3.8% случаях ($p < 0.01$). Проведение аналогичного анализа слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у геронтов выявил в 41.7 ± 8.1% случаев выраженную атрофию слизистой оболочки (сглаженность ворсинок, значительное снижение числа бокаловидных клеток и крипт) в сочетании с не менее выраженной дистрофией энтероцитов (54.3 ± 8.2% случаев) по сравнению с контрольной группой (29.1 ± 3.2%, $p < 0.01$). Особенно пристальное внимание вызывает высокая частота (56.7 ± 7.2%) у больных пожилого возраста дисрегенераторных (диспластических) изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка II – III степени (глубокие штопорообразные ямки, обилие фигур митозов, энтеролизация эпителия), что в 3 раза выше, чем в контрольной группе. Важно и то, что кишечная метаплазияносит характер преимущественно метаплазии неполного типа.

Выводы. Высокая частота дисрегенераторных (диспластических) процессов в слизистой оболочке желудка у геронтов с преимущественной метаплазией неполного типа, что позволяет относить их к группе риска канцерогенеза и требует динамического наблюдения за этой категорией лиц.

Кузнецова Л.К.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЖЕЛУДОЧНЫЙ ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель работы. Изучить частоту и провести сравнительный анализ инфицированности HP (геликобактерной инфекции) слизистой оболочки желудка у больных с гастродуоденальными язвами.

Материалы и методы. Изучение геликобактериоза проводили с использованием ^{13}[C] уреазного дыхательного теста и гистоморфологически. Гистологически наличие HP в слизистой оболочке определяли в мазках-отпечатках фундального и антрального отделов желудка, бульбарной слизистой оболочки после окраски по Романовскому –Гимзе. Выявляли 3 степени обсеменения слизистой оболочки (Аруин Л.И., 1993). ^{13}[C] уреазный дыхательный тест осуществляли по методике, предложенной (GhoosY. et. al. 1992). Обследовано 65 больных с гастродуоденальными язвами, в том числе 31- с пилородуоденальной локализацией язв (1-я группа) и 34- с медиогастральной локализацией язв (2-я группа). Из них мужчины составили 70.2% случаев, женщины - 29.8% в возрасте от 18 до 47 лет.

Результаты. Анализ гистологических методов исследования показал, что частота инфицированности HP в слизистой оболочке антрального отдела желудка у больных с пилоробульбарной локализацией язв оказалась максимальной и составила 87.5± 9.6% случаев, в то время как с медиогастральной локализацией язв - 63.3 ± 6.6% случаев, ($p < 0.01$). Частота обнаружения HP в слизистой оболочке фундального отдела желудка оказалась минимальной у больных 1-й группы и составила - 56.7± 5.6%, у 2-й группы - 67.7 ± 5.8 5 % случаев, ($p < 0.05$). Обнаружить статистически значимые различия частоты инфицированности бульбарной слизистой оболочки в группах сравнения не удалось. Однако, ^{13}[C] уреазный дыхательный тест продемонстрировал высокую частоту обнаружения HP в слизистой оболочке желудка: в 97.1 ± 3.1% у больных с

пилородуоденальной локализацией язв и в 93.0±4.2% случаев с медиогастральной локализацией.

Выводы. Сравнительный анализ показал более низкую чувствительность гистологических методов с максимальной инфицированностью HP в антральном отделе желудка у больных с пилородуоденальной локализацией язв и высокую специфичность ^{13}[C] уреазного дыхательного теста, что обосновывает целесообразность проведения эрадикационной терапии в обеих группах.

Кузьмичев В.Л., Кучмин А.Н., Нагорный М.Б.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

г. Санкт-Петербург,кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования: Изучить особенности состояния вегетативной нервной системы при различных вариантах дисфункциональных нарушениях билиарного тракта

Материалы и методы: Всего обследовано 56 пациентов, средний возраст обследуемых составил 33,5±7,9 лет. На основании результатов динамической ультразвуковой холецистографии (ДУХГ), которую проводили по общепринятой методике, были выделены группы пациентов -1. С дисфункцией желчного пузыря по гипомоторному типу; 2. С дисфункцией желчного пузыря по гипермоторному типу; 3. Со спазмом сфинктера Одди. Оценку функционального состояния вегетативной нервной системы осуществляли с помощью метода вариационной пульсометрии и спектрального анализа.

Результаты Показано, что существует обратная корреляция между возрастом больных и преобладанием низкочастотных компонентов спектра LF (r=-0,76). В группе пациентов с дисфункцией по гипомоторному типу наблюдали существенное (p=0,004) превалирование низких и сверхнизких частотных характеристик спектрального анализа. У больных с дисфункцией по гипермоторному типу доминанты выделения каких либо частот спектра не было получено. Однако на фоне информационной нагрузки наблюдали преобладание высокочастотных параметров спектра. Таким образом, параллельное проведение вариационной пульсометрии и динамической ультразвуковой холецистографии открывает новые перспективы для разработки индивидуальной программы коррекции дисфункции желчного пузыря у больных с патологией билиарной системы.

Кузьмичев В.Л., Кучмин А.Н., Ярославцев М.Ю., Демьянов В.Ф.*,

ПРОГНОЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

*г. Санкт-Петербург, кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, * - кафедра математической теории моделирования систем управления факультета прикладной математики СПГУ,*

Цель исследования: по результатам ультразвукового исследования сократительной функции желчного пузыря больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) дать прогноз об эффективности консервативной литолитической терапии.

Материалы и методы: Всем пациентам ЖКБ (n=364) проводили динамическую ультразвуковую холецистографию (ДУХГ) желчного пузыря до и после (на 3, 6, 12 и 18 месяц) начала консервативной литолитической терапии препаратами желчных кислот в рекомендуемых дозах. Больные до лечения имели одиночный или множественные подвижные

конкременты с максимальным диаметром от 6 до 13 (8,8±2,6) мм. ДУХГ выполнялась пациентам по общепринятой методике до и после стандартного желчегонного завтрака в течение от 1,5 до 4 часов с интервалом измерения 10 минут. Особенностью проведения исследования являлось изучение не только фазы сокращения (время наступления, степень максимального сокращения, относительной скорости желчевыделения), но и проводилась оценка фазы наполнения желчного пузыря. Математический аппарат исследования включал метод ранжирования площадей пересечения подграфиков плотностей и площадей пересечения треугольников, их аппроксимирующих

Результаты исследования

Выявлено, что наиболее информативными параметрами для успешного растворения конкремента является длительность фазы наполнения желчного пузыря и исходный диаметр конкремента (параметры упорядочены в порядке уменьшения информативности). Показано, что в случае увеличения относительной скорости наполнения желчного пузыря на фоне проводимой литолитической терапии более чем на 25% от исходной уже через 3 месяца процент успешного полного растворения конкремента(ов) составляет 57%. Дальнейшее увеличение относительной скорости наполнения желчного пузыря в точке измерения 6 месяцев от начала терапии позволяет прогнозировать успешный исход лечения в 66%.

Кузьмичев В.Л., Кучмин А.Н., Ярославцев М.Ю., Свеклина Т.С.

ВОЗМОЖНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

г. Санкт-Петербург, кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования: Изучить отдаленные последствия состояния здоровья у пациентов с нарушениями физико-химических свойств желчи в детском возрасте.

Материалы и методы: У 37 детей (28 девочек и 9 мальчиков) в возрасте от 11 до 15 лет (средний возраст 13,2 ± 2,7 года) в период с 1995 по 1999 гг при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено:

- конкремент (ы) желчного пузыря – у 8 человек
- «bilesludge» – у 29 пациентов.

Показаниями для проведения исследования - скрининговоеисследование – у 11 (29%) человек; клинические проявлениябыли у 26 (70%) пациентов, из них болевой абдоминальный синдром присутствовал у 17 (65%) человек, определялись проявления билиарной диспепсии – 9 (35%) пациентов, нарушение моторики толстой кишки диагностировано у 14 (53%) пациентов. Избыточная масса тела и ожирение (BMI>27) – у 5(13%) человек. При лабораторном исследовании определялось повышение уровня ГГТП, ЩФ. Содержание АЛТ, АСТ, глюкозы – в пределах нормы. В последующем было проведено лечение: лапароскопическая ХЭ – 4 пациента; консервативная литолитическая терапия препаратами желчных кислот – 31 человек; отказ от лечения – 3 человека.

Результаты:через 10-13 лет у 10 женщин (90 % связано с беременностью) диагностирован рецидив (появление) желчнокаменной болезни. У 28 пациентов (76%) диагностирована избыточная масса тела или ожирение (BMI>27 кг/м2). Верифицированный диагноз «Гипертоническая болезнь»- у 9 пациентов; «НЦА по гипертоническому типу»– у 14 пациентов. Нарушения углеводного обмена (сахарный диабет или НТГ) диагностировано у 12 пациентов.

Выводы. Таким образом, у подавляющего большинства пациентов, у которых в детском возрасте диагностированы нарушения физико-химических свойств желчи, в дальнейшем определяются признаки метаболического синдрома.

Куртуков М.В., Захаренко С.М., Зубик Т.М.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Кафедра инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Санкт –Петербург.

Цирроз печени (ЦП) является финальной стадией хронических диффузных заболеваний печени, представляющей значимую проблему для современной медицины в связи с высокой частотой инвалидизации и смертности, колоссальными экономическими затратами, связанными с диагностикой и лечением. Известно, что у большинства больных ЦП выявляется дисбиоз кишечника, который на сегодняшний день рассматривается в качестве одного из ведущих факторов развития таких грозных осложнений, как печеночная энцефалопатия, асцит-перитонит. Вместе с тем характер и выраженность микробиологических нарушений кишечника у этой категории пациентов, взаимосвязь с прогрессированием печеночно-клеточной недостаточности остаются предметом многочисленных дискуссий. Целью нашего исследования явилось изучение состояния микробиоценоза кишечника у больных вирусными ЦП с использованием бактериологического, молекулярно-биологического (PCR-RT) методов исследования фекальной микрофлоры и водородного дыхательного теста (ВДТ) с лактулозой (мониторирование содержания водорода (H_2) в выдыхаемом воздухе, прибор Gastrolyser, Англия).

Нами было обследовано 100 больных вирусными ЦП в возрасте от 28 до 62 лет, в среднем (45,6±0,7) года (59 женщин, 41 мужчина). Из них 34 пациента с хроническим гепатитом В (ХГВ), 33 – хроническим гепатитом С (ХГС) и 33 – хроническим микст-гепатитом В и С (ХГВ+С). ЦП класса С по прогностической классификации Child-Pugh имел место у 42, а классы А и В – у 25 и 33 больных, соответственно.

Исследование показало, что дисбиоз толстой кишки выявляется у всех больных вирусными ЦП. Так, согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003) 1-я степень микробиологических нарушений имела место у 26, а 2-я и 3-я степени – у 47 и 27 пациентов, соответственно. При этом у 23 больных по результатам ВДТ с лактулозой определялся синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке, а у большинства обследованных имело место полное отсутствие продукции H_2 – в 48 случаях. Низкая и нормальная продукция H_2 были выявлены у 19 и 10 пациентов, соответственно.

Качественные и количественные нарушения микробиоценоза толстой кишки в большей степени были выражены у больных ЦП в исходе ХГВ и ХГВ+С ($p<0,05$), а в зависимости от тяжести заболевания – при ЦП классов В и С ($p=0,01$). Достоверных различий в концентрации H_2 в выдыхаемом воздухе у пациентов различных этиологических групп выявлено не было ($p>0,05$). Между тем у пациентов с полным отсутствием и низкой продукцией H_2 его концентрация была обратно пропорциональная содержанию таких толстокишечных микроорганизмов, как атипичные кишечные палочки и клостридии, в том числе Clostridium difficile ($p<0,05$), определенных методом PCR-RT.

Таким образом, дефицит продукции H_2 у больных вирусными ЦП обусловлен выраженными микробиологическими нарушениями кишечника с преобладанием анаэробно-аэробного дисбаланса, и, вероятно, избыточной контаминацией кишечника бактериями, метаболизирующими H_2. Полученные результаты в совокупности определяют необходимость дальнейшего детального изучения микробного пейзажа толстой и тонкой кишок с использованием PCR-RT диагностики, а также дыхательных тестов. Комплексная оценка микробиоценоза кишечника у больных вирусными ЦП позволит определить рациональную терапию кишечного дисбиоза у этой сложной категории пациентов.

Курыгин А.А., Семенов В.В.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА НА ОРГАНАХ ЖИВОТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова.

По данным ВОЗ, около четверти пациентов с хирургическими заболеваниями имеют сочетанную патологию, требующую оперативного лечения. Однако, несмотря на ряд очевидных достоинств симультанных вмешательств, их доля составляет лишь 1,5-6,0% от всех выполняемых операций. Возможностисовременного анестезиологического обеспечения и послеоперационной интенсивной терапии с многоуровневой аналгезиейпозволяют значительно расширить показания ксимультанным вмешательствам по поводу сочетанных хирургических заболеваний в многопрофильных стационарах.

Симультанная (сочетанная) операция – это вмешательство, выполняемое в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу разных, этиологически не связанных между собой, заболеваний. Она включает в себя основное (как правило, наибольшее по объему) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и дополнительную операцию (или операции) по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства.

В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 44 пациентов(25 женщин и 19 мужчин), подвергшихся симультанным операциямбольшого объема по поводу сочетанных хирургических заболеваний органов живота и брюшной стенки. В первую группу вошли 11 больных, которым в качестве основного вмешательства выполнена резекция желудка илигастрэктомия. Дополнительными операциямибыли холецистэктомия или устранение вентральной грыжи. Вторую группусоставили33 пациента, из которых 32 выполнена резекция ободочной кишки в сочетании с холецистэктомией или устранением наружной грыжи живота и 1 больной перенес переднюю резекцию прямой кишки в сочетании с субтотальной резекцией желудка по поводу первично-множественного рака. Средний возраст пациентов первой группы составил 60,4±4,5, а второй группы – 66,8±1,8 лет. По степени операционно-анестезиологического риска согласно классификацииASA10 больных первой группы были отнесены к IIIи 1 пациент – IV классу,во второй группе 27 больных – к III и 6– к IV классу.

Все симультанные вмешательства выполнены в плановом порядке. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнениявозникли у 5 больных. В 3 случаяхпосле резекцииободочной кишки развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая повторной операции. Еще у одной пациентки IV группы риска по шкале ASA аналогичное осложнение возникло после операции на желудкеи устранения вентральной грыжи. Через сутки после релапаротомии наступил летальный исход. У одного больного, перенесшего резекцию желудка и холецистэктомию, развилась внутригоспитальная пневмония.Средний койко-день после симультанных операций не отличался от соответствующего показателя у больных, перенесших аналогичные изолированные вмешательства на желудке или толстой кишке.

Представленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что симультанные операции большого объема на желудке или толстой кишке в сочетании с холецистэктомией или устранением наружной грыжи живота у пациентов III и IV групп по классификации ASA не сопровождаются увеличением числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапом сочетанного вмешательства, и не продлевают сроки лечения больных. При этом симультаннаяоперацияизлечивает пациента сразу от нескольких заболеваний, обладает высокой экономической эффективностью, а такжеизбавляет больного от психо-эмоциональногодискомфорта, связанного с ожиданием очередной операции при двухэтапном лечении сочетанной хирургической патологии.

Кучеев И.О., Радыш В.Г., Иванов М.А., Поликарпов А.В.

ЛЕЧЕБНАЯ АРТРОСКОПИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

Цель работы. Оценить место лечебной артроскопии (ЛА КС) при паталогии крупных суставов у пациентов пожилого и старческого возраста.

Под нашим наблюдением в 2013-2015 годах находилось 458 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов в возрасте от 61 до 95 лет. Мы выполнили лечебную артроскопию крупных суставов122 пациентам этой группы. Основными показаниями к выполнению вмешательства явились боли в коленном, плечевом, голеностопном, тазобедренном суставах, не купирующиеся приемом анальгетиков и НПВС, рентгенологические признаки артроза.

Артроскопическое вмешательство выполнялось из стандартных доступов. У всех пациентов при гонартрозе были обнаружены дегенеративные разрывы менисков, полнослойные дефекты хряща, свободные хондральные тела. Методика лечебной артроскопии сводилась к экономной резекции нестабильных фрагментов менисков, обработке участков разрушенного хрящевого покрова, и обильном промывании сустава. В некоторых случаях выполняли тунелизацию в области дефекта хряща и микрофрактуринг. При дегенеративных повреждениях в области плечевого сустава выполняли тенодез сухожилия бицепса, пластику или шов вращательной манжеты, декомпрессия в области субакромиального пространства и т.д.

Все пациенты до и в сроки от 1 до 6 месяцев после вмешательства были оценены по различным шкалам.

У 75 (59%) пациентов результат по функциональным шкалам увеличился, уменьшился болевой синдром, улучшилось функциональное состояние конечности.

Таким образом, лечебная артроскопия при артрозе у лиц пожилого и старческого возраста является малотравматичным и эффективным методом хирургического лечения.

Кучеренко А.Д., Адмакин А.Л., Кузнецов И.М., Волков А.П., Фёдоров К.С.

ОПУХОЛИ КОЖИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Опухоли кожи являются самой многочисленной группой новообразований у человека. Одной из наиболее агрессивных злокачественных опухолей с серьёзным прогнозом является меланома кожи, что определяет необходимость ранней диагностики и активной лечебной тактики у таких больных. Однако до настоящего времени даже в организованных контингентах в ряде случаев заболевание выявляется в запущенной стадии. Нерадикальное хирургическое вмешательство осложняет дальнейшее течение заболевания частым возникновением местных рецидивов и отдалённых метастазов, ухудшаются показатели выживаемости.

Нами изучено место хирургических вмешательств по поводу новообразований кожи в структуре оперативных вмешательств, выполненных в многопрофильной хирургической клинике. С 2005 по 2014 год в проведено более 5 тысяч плановых оперативных вмешательств по поводу различных хирургических заболеваний. Из них 164 (3,17%) вмешательства выполнены по поводу различных новообразований кожи. У 55 больных опухоли были злокачественными, из них у 14 выявлены различные формы меланомы.

У всех больных с верифицированным диагнозом злокачественной опухоли или при обоснованном подозрениина него оперативное вмешательство проводили с безусловным

соблюдением всех онкологических принципов под общей анестезией. Способ закрытия операционной раны выбирали с учётом общего состояния пациента, размеров дефекта, локализации операционной раны, состояния окружающих тканей. Осложнений, связанных с техникой проведения оперативного вмешательства или анестезии у наших больных не было.

Больные с опухолями кожи, и прежде всего с меланомой, составляют заметную часть пациентов в многопрофильной хирургической клинике. Выбор объёма оперативного вмешательства необходимо осуществлять с обязательным учётом характера и выраженности сопутствующей или конкурирующей соматической патологии. У таких пациентов необходимо выполнение радикального хирургического вмешательства в объёме широкого иссечения опухоли под общей анестезией. Необходимо шире формулировать показания к профилактическому удалению пигментных невусов при наличии факторов риска развития первичной меланомы кожи. Своевременное выявление и удаление предопухолевых изменений кожи позволит улучшить результаты лечения таких пациентов. Показаниями к выполнению подобных оперативных вмешательств являются частая травма пигментных невусов элементами одежды или обмундирования при обслуживании техники и вооружения, воздействие неблагоприятных факторов военного труда.

Кучеренко А.Д., Адмакин А.Л., Кузнецов И.М., Есаян И.Л.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Среди оперативных вмешательств, выполняемых в хирургических отделениях поликлиник, до 87-90% составляют операции по поводу различных новообразований кожи и мягких тканей. В некоторых случаях больные с новообразованиями кожи попадают на лечение и в хирургические стационары. Причины госпитализации таких больных на стационарное лечение различны. Прежде всего это злокачественный характер новообразования или обоснованные подозрения на него, большие размеры опухолей, требующие проведения обширных по объёму резекций кожи и подлежащих тканей с необходимостью в ряде случаев пластического замещения раневого дефекта, необходимость проведения вмешательства в условиях общей анестезии, особенно у пациентов с низкими функциональными резервами вследствие наличия выраженной сопутствующей соматической патологии, и др. При хирургическом лечении больных с различными опухолями кожи в ряде случаев возникает необходимость пластического замещения послеоперационных дефектов для достижения хорошего функционального результата и косметического эффекта. Наложение обычных «стягивающих» швов часто приводит к развитию ранних или поздних осложнений. Решением проблемы является использование различных видов кожной пластики.Представлен результат оперативного лечения 164 больных с различными видами опухолей кожи и мягких тканей, находившихся на лечении в клинике с 2005 по 2014 год. Возраст пациентов колебался от 16 до 82 лет. У 17 (10,36%) пациентов для закрытия дефектов кожи применили различные методы кожной пластики. Преобладали пациенты с различными видами злокачественных опухолей (11 больных, из них меланома диагностирована у 4 пациентов, базальноклеточный рак кожи – у 6, плоскоклеточный рак кожи – у 1). Пластическое замещение послеоперационных дефектов кожи потребовалось также у 6 пациентов с доброкачественными новообразованиями кожи (различные пигментные невусы у 4 пациентов, нейрофиброма кожи у 1 и эпидермальная киста у 1больного).

При закрытии дефекта кожи после широкого иссечения опухоли использовали различные методы кожной пластики. Встречные треугольные лоскуты применили у 9 пациентов, скользящий лоскут – у 5 и свободную кожную пластику (расщеплённый лоскут) –

у 3 больных. Осложнений, связанных с перенесенными вмешательствами у наших пациентов не было. Во всех случаях получен хороший функциональный и косметический результат.

Анализ полученных данных свидетельствует, что операции по поводу различных опухолей с широким иссечением кожи можно выполнять при наличии специальной подготовки и опыта у оперирующего хирурга в проведении вмешательств такого типа, достаточной обеспеченности и оснащённости учреждения соответствующим инструментарием и шовным материалом, возможности проведения вмешательства под адекватным обезболиванием с последующим наблюдением за оперированными больными. Корректная формулировка показаний к выполнению вмешательства, тщательное их проведение, адекватное лечение в послеоперационном периоде позволяют добиться хороших результатов лечения.

Кучеренко А.Д., Кузнецов И.М., Грищенков А.С., Федоров К.С.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАНЕНИЙ ГРУДИ ИЗ НЕЛЕТАЛЬНОГО КИНЕТИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

В настоящее время разработан широкий спектр образцов нелетального кинетического оружия (НКО) с различными поражающими травматическими элементами (ПТЭ) – резиновыми пулями, резиновой или пластиковой картечью и др. При применении такого оружия возможно причинение вреда здоровью различной степени тяжести – вплоть до огнестрельных переломов костей скелета, повреждений и ушибов внутренних органов. При этом обнаружение нерентгенконтрастных повреждающих элементов может быть крайне затруднено.

Проведен ретроспективный анализ результатов использования лучевых методов исследования (рентгенография груди в двух стандартных проекциях, компьютерная томография и ультразвуковое исследование) у 15 пострадавших с ранениями груди из НКО.

Рентгенография груди выполнена всем пострадавшим. При наличии рентгеноконтрастных материалов или металлических сердечников в составе повреждающих элементов их локализация достоверно установлена у 11раненых. У 4 раненых расположение повреждающего элемента уточнено по результатам компьютерной томографии. Формирование ограниченного фиброторакса после ушиба лёгкого (у 4), пролежней в области контакта инородного тела и бронхов (у 2) было выявлено только по результатам компьютерной томографии. Для исключения пролежня стенки лёгочной артерии, вызванного инородным телом, уточнения особенностей хода сосудов и их взаимоотношения с ранящим снарядом у 1 пациента дополнительно проведена компьютерно-томографическая ангиография груди с последующим построением 3D-реконструкций.

Локализация, протяженность и структура гематом наиболее достоверно оценивалась с помощью ультразвукового исследования. При переломах костных структур и расположении гематом в непосредственной близости от париетальной плевры ведущее значение в их достоверной оценке имела компьютерная томография (у 9). Для уточнения локализации неконтрастных ранящих снарядов в средостении, выявления гемоперикарда или перикардита информативно сочетанное использование эхокардиографии и компьютерной томографии (у 3). Перечисленные методы исследования позволяют не только уточнить локализацию ранящих снарядов, но и наметить точки для пункции и дренирования плевральной полости, полости перикарда и средостения, оптимизировать вмешательства по их удалению.

Наиболее информативным методом первичной лучевой диагностики ранений груди из НКО является обычная обзорная рентгенография в двухпроекциях. Для уточнения характера повреждений и выявления их осложнений показано проведение компьютерной томографии. При ранениях пластиковыми повреждающими элементами для их обнаружения в грудной

стенке или в структурах средостения наиболее информативно сочетанное использование КТ и ультрасонографии.

Кучеренко А.Д., Скворцов Ю.Р., Кузнецов И.М., Волков А.П., Фёдоров К.С.

МЕЛАНОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Меланома кожи является одной из самых злокачественных опухолей человека. На её долю приходится до 3-5% всех злокачественных новообразований кожи, однако среди причин смерти пациентов с опухолями этой локализации меланома составляет 80%. На фоне проводимого лечения опухоль во многих случаях характеризуется бурным непрогнозируемым течением.

На обследовании и лечении в клинике в 2005-2014 гг. находились 164 больных с различными опухолями кожи. У 14 (8,53%) из них выявлены различные виды меланомы. Среди наших больных (11 мужчин и 3 женщин) преобладали пациенты льготной категории (11 больных), 4 из них на момент обращения находились на действительной военной службе. Возраст больных колебался от 32 до 56 лет. У 9 больных опухоли выявлены в фазе горизонтального роста. Они развились без видимых причин из существовавших длительное время пигментных образований и особенно не беспокоили пациентов. У 5 пациентов меланома выявлена в фазе вертикального роста, причём 2 из них были действующими военнослужащими (поводом для обращения за медицинской помощью у этих больных послужили кровотечения из опухоли).

За медицинской помощью в течение первого месяца от их возникновения обратились лишь три пациента. Поводом для обращения послужили травма имевшегося пигментного образования или изменения его клинической картины (известные признаки малигнизации пигментных невусов, отмечавшиеся в различных сочетаниях).

Цитологическое исследование мазков-отпечатков в амбулаторных условиях было выполнено у 5 пациентов (у всех установлен злокачественный характер опухоли). Забор материала путём скарификации, пункции опухоли с интактным эпидермисом не проводили, предпочтительным считали выполнения блок-биопсии с соблюдением соответствующих онкологических принципов.

Объём оперативного вмешательства при подтверждённом диагнозе меланомы зависел от выраженности местных изменений. Иссечение кожи с опухолью выполнили у 10 больных. У 4 больных для устранения послеоперационного дефекта кожи использовали различные виды пластики. Радикальные вмешательства выполнены у 4 пациентов: у 2 – первичные, у 2 - повторные. Показаниями к вмешательству на лимфатических коллекторах служили наличие в них метастазов и III-V степень инвазии опухоли по Clark. По результатам гистологического исследования операционного материала выявлены следующие формы меланомы: пигментная (9), беспигментная (3),веретёноклеточная (2). Метастазы опухоли были выявлены во всех лимфатических узлах, подвергнутых гистологическому исследованию. Комплексное лечение проведено у 3 больных и носило скорее эпизодический характер. Локорегионарный характер прогрессирования отмечен у 3 пациентов в сроки от 2 месяцев до 3 лет. У 2 больных отдалённые метастазы были диагностированы при госпитализации в клинику. За анализируемый период от прогрессирования заболевания умерли 3 больных.

Меланома кожи встречается у значительной части больных с опухолями этой локализации. Низкий уровень медицинских знаний пациентов, несвоевременное обращение больных в медицинские учреждения, низкая онкологическая настороженность врачей, нерадикальное лечение, распространённость опухолевого процесса у значительного числа

пациентов к моменту госпитализации в клинику, агрессивное течение заболевания оказывают существенное негативное влияние на результаты лечения больных меланомой кожи. Локорегионарный характер рецидива в случае прогрессирования свидетельствует о необходимости профилактического удаления меланомоопасных невусов.

Кучеренко А.Д., Чуприна А.П., Марьева О.Г., Смолин А.В.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МО РФ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия,

Москва, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

В настоящее время рак молочной железы является наиболее распространенной злокачественной опухолью у женщин. Отмечается повсеместное и неуклонное увеличение числа таких больных. Заболевание является серьёзной проблемой и для женщин-военнослужащих МО РФ. В настоящее время в Российской армии служат более 40 тыс. женщин. Однако данные о заболеваемости и смертности от РМЖ в ВС РФ носят фрагментарный характер, что не позволяет выстроить общую картину заболеваемости и выработать основные направления повышения качества оказываемой таким пациентам помощи. До сих пор не существует регламентирующих документов, позволяющих проводить раннее выявление РМЖпри поступлении на военную службу и при проведении диспансерного обследования женщин-военнослужащих.

В течение 2005-2013 гг. в клинике госпитальной хирургии проведено обследование и лечение 42 женщин–военнослужащих МО РФ с впервые выявленным РМЖ. В ЦВКГ им. Н.Н. Бурденко в 2003- 2013гг. проведено лечение 139 таких больных. Возраст пациенток в обеих группах был сопоставимым - от 28 до 57 лет. Наибольшее количество заболевших были в возрасте от 30 до 49 лет. Местнораспространённые и запущенные опухоли (III и IV стадии) выявлены соответственно у 55% и 61,2% больных. Большинство пациенток в обеих группах обнаружили опухоль при проведении самообследования. Причинами поздней диагностики заболевания в большинстве случаев были несвоевременное обращение пациенток за медицинской помощью, недостаточная онкологическая настороженность врачей на догоспитальном этапе, а такженедостаточное техническое оснащение некоторых лечебных учреждений.

В отличие от военнослужащих, у пациенток льготной категории (члены семей военнослужащих и пенсионеров МО РФ) чаще выявлялись опухоли в начальных (I и II) стадиях заболевания. Раннее выявление заболевания позволило не только выполнить органосохраняющие оперативные вмешательства у части таких больных, но и значительно сократить сроки пребывания пациенток в стационаре из-за отсутствия показаний к проведению неоадъювантной химиотерапии и лучевой терапии.

Таким образом, больные с местнораспространёнными и запущенными формами заболеваниясоставляют значительную часть пациенток с раком молочной железы среди женщин-военнослужащих. Для ранней диагностики заболевания и улучшения результатов лечения женщин-военнослужащих МО РФ целесообразно внесение дополнений в документы, регламентирующие порядок обследования при приёме на военную службу и при проведения диспансеризации. Целесообразно включение в состав комиссии врача-маммолога или хирурга, прошедшего специализацию по маммологии. В число обязательных методов исследования у женщин-военнослужащих целесообразно включить ультрасонографию и маммографию.

Кучмин А.Н., Галова Е.П., Зубакова М.В., Борисов И.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПО СРАВНЕНИЮ С КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППОЙ

г. Санкт-Петербург, кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия,

Известно, что мерцательная аритмия опасна своими осложнениями, которые в свою очередь могут привести к летальному исходу.

Цель работы: оценить различие уровня смертности пациентов страдающих пароксизмальной и постоянной формами мерцательной аритмии с сопутствующей патологией и пациентов не страдающих МА, но имеющих сопутствующую патологию.

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента (43 женщины и 49 мужчин) кардиологического профиля, средний возраст 64±21 год. У 99% (n==91) пациентов выявлены сопутствующие заболевания (ИБС, ГБ, СН, цереброваскулярные заболевания) Пациенты разделены на 3 группы: 1) страдающие пароксизмальной формой МА (n=32); 2)страдающие постоянной формой МА (n=29); 3) не страдающие МА, но имеющие сопутствующие заболевания сердца(n=31). Пациенты отслеживались в течение 2 лет. По истечении указанного срока смертность составила: в первой группе 3 случая, во второй - 7 случаев и в третьей – 4 соответственно.

Выводы. По результатам нашей работы показано, что у пациентов с постоянной формой мерцательной аритмии уровень смертности выше, чем у пациентов с пароксизмальной формой. А также что уровень смертности между группами пациентов, страдающих пароксизмальной формой мерцательной аритмии и не страдающих МА существенно не отличается.

Кучмин А.Н., Галова Е.П., Казаченко А.А., Уманская Е.П., Малов Ю.С.

«СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ АРИТМИИ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ»

г. Санкт-Петербург, кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Фибрилляция предсердии является одной из наиболее актуальных проблем кардиологии. Эпидемиологические данные говорят о высокой распространенности данных нарушений ритма, однако четких данных о возрастной зависимости отсутствуют.

Цель работы: оценить распространенность различных форм фибрилляции предсердия (пароксизмальная, постоянная) у пациентов различных возрастных групп с неклапанной этиологией.

Материалы и методы. Проанализированы данные 60 пациентов находившихся на лечение в клинике пропедевтики внутренних болезней (29 женщин и 31 мужчин, средний возраст 64±21 год) с указанием в анамнезе на пароксизмальную форму или имеющие постоянную форму фибрилляции предсердий (ФП).

Полученные результаты. В зависимости от возраста все пациенты были разделены на 5 групп: первая – от 40 до 49 лет (N=3), вторая – от 50 до 59 лет (N=6), третья – от 60 до 69 лет (N=9), четвертая – от 70 до 79 лет (N=17), пятая – старше 80 лет (N=25). В итоге среди всех пациентов пароксизмальная форма ФП наблюдалась у 18 человек, постоянная у 42 человек. При анализе по группам было установлено, что постоянная форма ФП встречалась чаще у пациентов старше 70 лет (четвертая группа 76%, пятая – 80%), распространенность

пароксизмальной формы ФП наоборот оказалась выше в группах младше 70 лет (первая и вторая группы 66%, третья – 55%)

Таблица. Распространённость различных форм ФП по возрастным группам.

Возрастная группа, годы	Пароксизмальная форма МА	Постоянная форма МА
40-49	2	1
50-59	4	2
60-69	5	4
70-79	4	13
Старше 80	5	20

Выводы. С возрастом отмечается отчетливая тенденция к увеличению встречаемости ФВ и в основном за счет постоянной формы. У лиц младше 70 в основном преобладали пароксизмальный формы ФП, но общее количество их было незначительным. Возможным объяснением данного факта может служить низкая диагностика асимптомных форм ФП

Кучмин А.Н., Казаченко А.А., Макарова И.В., Куликов А.Н., Евсюков К.Б., Малов Ю.С., Нагорный М.Б.

«ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА».

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова.

Цель исследования: Оценить особенности клинических проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при сохраненной фракции выброса (ФВ).

Материалы и методы исследования: В исследование были включены пациенты с клиническими проявлениями ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ>50%), страдающие ишемической болезнь сердца и/или гипертонической болезнью. Всем пациентам проводилось кардиореспираторное мониторирование с расчетом индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) и ЭХО-кардиографическое исследование с оценкой размеров левого желудочка и левого предсердия, сократительной функции левого желудочка.

Результаты исследования: Обследовано 60 пациентов (23 женщины и 37 мужчин), средний возраст которых составил 67±9 лет, ИМТ - 32,65±3 кг/м². В 70% случаев (n=42) пациенты с ХСН имели 2 функциональный класс (ФК) по NYHA, в 30% случаев (n=18) имел место 3 (ФК) по NYHA. СОАС был выявлен у 81,7% (n=49) больных. Все пациенты предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке, периферические отеки нижних конечностей наблюдались в 55% случаев (n=33). По степени тяжести СОАС пациенты были распределены следующим образом: СОАС легкой степени (5 <ИАГ> 15) - 38,8% (n=19); СОАС умеренной (15 <ИАГ> 30) 24,5% (n=12); и СОАС тяжелой степени (ИАГ> 30) - 36,7% (n=18). Анализ клинических проявлений показал, что выраженность симптомов ХСН напрямую зависит от тяжести СОАС. Было установлено, что степень функционального класса сердечной недостаточности зависит от выраженности ИАГ. ИАГ<5% наблюдался у пациентов с сердечной недостаточностьюII (ФК) в 26,2% (n=11) случаев; ИАГ 5-15 выявлен у 41,1% (n=17) больных с ХСН II (ФК) по NYHA; ИАГ 15-30 был обнаружен у 27,8% (n=5) больных с ХСН III (ФК) по NYHA. Клинические признаки недостаточности правых отделов сердца у 29% (n=9) пациентов с СОАС легкой и умеренной степени. ИАГ>30 наблюдался в 61,1% (n=11) больных с ХСН III класса по NYHA; периферические отеки и увеличение печени были обнаружены у 89% (n=16) пациентов с тяжелой СОАС.

Выводы: Наше исследование продемонстрировало особенности клинических проявлений у больных с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса

левого желудочка и обструктивного апноэ сна. Наличие тяжелой степени СОАС (ИАГ>30) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью часто сопровождается клиническими признаками правожелудочковой недостаточности. Наиболее значимые клинические проявления (более высокий функциональный класс ХСН) наблюдались у пациентов с тяжелой степенью СОАС. Таким образом, наличие расстройства дыхания во сне у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса можно рассматривать как возможный фактор риска для развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности.

Кучмин А.Н., Казаченко А.А., Макарова И.В., Шуленин С.Н., Уманская Е.П., Борисов И.М., Нагорный М.Б.

«ЭФФЕКТИВНОСТЬ CPAP-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТЯЖЕЛЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА».

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова.

Цель исследования: Оценить эффективность терапии CPAP у пациентов с ожирением, с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса и тяжелым обструктивным апноэ во время сна.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 18 мужчин в возрасте от 62 - 75 лет с ХСН (II-III функциональные классы по NYHA). Все пациенты имели тяжелую степень обструктивного апноэ сна. Выполнены анализы крови, кроме рутинных биохимических показателей, также включен N-концевой про-BNP (NT-pro-BNP). Параметры эхокардиографии систолической и диастолической функции левого желудочка, размеры камер сердца, доплеровские параметры были оценены исходно и через 6 месяцев после начала исследования. CPAP терапия была добавлена к доказательной терапии хронической сердечной недостаточности.

Результаты: После 6 месяцев от начала CPAP терапии показатель NT-pro-BNP снизился с 769,3 ± 102,4 пг / мл до 585,3 ± 38,2 пг, $p<0,05$. Диаметр левого предсердия уменьшился на 9%, параметры диастолической функции, определяемые тканевым доплером улучшились, толерантность к физической нагрузке увеличилась (функциональный класс по NYHA снизился с 2,75 ± 0,79 до 2,47 ± от 0,86). При использовании CPAP терапии наблюдается уменьшение симптомов и улучшение качества жизни больных.

Выводы: У пациентов с хронической сердечной недостаточностью имеющих коморбидное ожирение и тяжелую степень обструктивного апноэ, проводимая CPAP терапия сопровождалась улучшением диастолической функции левого желудочка, улучшением качества жизни и снижением клинических проявлений кардиоваскулярной патологии.

Кучмин А.Н., Куликов А.Н., Казаченко А.А., Галактионов Д.А., Потапов Е.А., Галова Е.П, Борисов И.М., Нагорный М.Б.

«СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ»

г. Санкт-Петербург, кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Согласно рекомендациям европейского кардиологического общества по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (СН) 2012 года, под СН

понимаютнарушение структуры и функции сердечной мышцы, ведущее к неспособности переносить кислород в том количестве, которое необходимо для тканевого метаболизма.

С другой стороны, согласно Европейским рекомендациям по диагностике и лечению синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС), частота встречаемости обструктивных нарушений во время сна у лиц с ХСН составляет порядка 50%.

Таким образом, представляет практический интерес исследование вопроса о влиянии СОАС на формирование структурно-функциональных изменений миокарда, являющихся основой ХСН.

Цель работы: Оценить ремоделирование левых отделов сердца у больных СОАС (по данным ЭХО-кардиографии).

Материалы и методы: Объектом исследования стали пациенты с ХСН проходящие лечение в кардиологическом отделении кафедры пропедевтики внутренних болезней ВМедА им. С.М.Кирова. Всем пациентам проводилось кардиореспираторноемониторирование и ЭХО-кардиографическое исследование с оценкой размеров левого желудочка и левого предсердия, сократительной и диастолической функции левого желудочка.

Результаты исследования:Обследовано 112 пациентов (57±13,5 лет, 73 мужчин,39 женщин), находившихся на лечение в кардиологическом отделении клиники ПВБ ВМедА им. С.М.Кирова. По данным кардио-респираторного мониторирования пациенты были распределены на 4 группы:

1 группа (контрольная) 24 пациента без СОАС; 2 группа (легкая степень СОАС) – 27; 3 группа (средняя) – 24; 4 группа (тяжелая) – 37. Пациенты во всех группах были сопоставимы по возрасту, полу, в группе с тяжелым СОАС отмечалась более высокий ИМТ, однако без достоверных различий с другими группами (ИМТ 1 группа 27,7 ±4,5, 2 группа - 28,3±3,6; 3 группа – 28,8±4,6; 4 группа 31,4±6,3).

При оценке полученных результатов было выявлено, что площадьлевого предсердия (ЛП) у пациентов из 4 и 3 групп достоверно была больше (19,8±4,9 $см^2$ и 20,7±4,1 $см^2$ соответственно), чем у лиц из 1 и 2 группы (14,9±3,5 $см^2$ и 15,5±1,2 $см^2$ соответственно).При анализе состояния диастолической функции ЛЖ было выявлено, что в 3 и4 группах ее распространённость была выше по сравнению с пациентами 1 и 2 группы (3 группа - 40%, 4 группа - 46% и 15-20% в 1 и 2 группах, соответственно). Та же наблюдалось увеличение толщины межжелудочковой перегородки в 4 группе (1,33±0,28 см. против 1,18±0,11 см. в 1 группе). Нарушений сократительной функции выявлено не было (фракция выброса у всех пациентов была выше 55%). По остальным параметрам значимых различий выявлено не было.

Выводы:

1. В ходе нарастания частоты обструктивных апноэ во сне происходит увеличение толщины межжелудочковой перегородки и дилатация левого предсердия с развитием диастолической дисфункции.

2. Указанные изменения могут быть триггерным механизмом развития ХСН у больных с клинически значимыми формами СОАС.

Кучмин А.Н., Куликов А.Н., Казаченко А.А., Галактионов Д.А., Шуленин С.Н., Макарова И.В., Зубакова М.В., Нагорный М.Б.

«ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ»

г. Санкт-Петербург,кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Согласно современным представлениям хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – сложный, проявляющийся нарушениями гемодинамики и нейроэндокринной

регуляции процесс, вызванный различной кардиоваскулярной патологией и приводящий к развитию систолической и/или диастолической дисфункции миокарда желудочков.

Высокая частота встречаемости СОАС у пациентов с ХСН (50%) приводит к необходимости подробного изучения вопроса о влиянии СОАС на формирование структурно-функциональных изменений миокарда, являющихся основой ХСН.

Цель работы: Оценить ремоделирование правых отделов сердца у больных СОАС (по данным ЭХО-кардиографии).

Материалы и методы: Объектом исследования стали пациенты с ХСН проходящие лечение в кардиологическом отделении кафедры пропедевтики внутренних болезней ВМедА им. С.М.Кирова. Всем пациентам проводилось кардиреспираторноемониторирование и ЭХО-кардиографическое исследование с оценкой размеров, правого желудочка и правого предсердия, сократительной и диастолической функции правого желудочка.

Результаты исследования: Обследовано 112 пациентов (57±13,5 лет, 73 мужчин,39 женщин), находившихся на лечение в кардиологическом отделении клиники ПВБ ВМедА им. С.М.Кирова. По данным кардио-респираторного мониторирования пациенты были распределены на 4 группы:

1 группа (контрольная) 24 пациента без СОАС; 2 группа (легкая степень СОАС) – 27; 3 группа (средняя) – 24; 4 группа (тяжелая) – 37. Пациенты во всех группах были сопоставимы по возрасту, полу, в группе с тяжелым СОАС отмечалась более высокий ИМТ, однако без достоверных различий с другими группами (ИМТ 1 группа 27,7 ±4,5, 2 группа - 28,3±3,6; 3 группа – 28,8±4,6; 4 группа 31,4±6,3).

При оценке полученных результатов было выявлено, что размер правого желудочка (ПЖ) у пациентов из 4 и 3 групп был достоверно больше (3,1±0,32 см. и 3,1±0,30 см. соответственно), чем у лиц из 1 и 2 группы (2,8±0,30 см. и 2,7±0,32 см. соответственно).

Также у пациентов с тяжелой степенью СОАС было выявлено увеличение диаметра основания ПЖ по сравнению с другими группами (4,2±0,73 см. против 3,6±0,40 см. в 1 группе). Кроме того, у пациентов из 3 и 4 групп значимо снижалось отношение диастолических токов – Ve/Va (1,1±0,2 ед. и 1,2±0,4 ед. соответственно против 1,6±0,43 ед. в 1 группе).Кроме того, у 2 пациентов из 4 группы наблюдалась легочная гипертензия.

Выводы:

1. В ходе нарастания частоты обструктивных апноэ во сне происходит увеличение размеров правых камер сердца при сохранной сократимости ПЖ, но наличии отчетливых признаков диастолической дисфункции ПЖ.

2. Возможным механизмом увеличения правых отделов сердца является легочная гипертензия, возникающая в ночные часы индуцированная интермитирующей гипоксемией, что в конечном итоге приводит к развитию ХСН.

Кучмин А.Н., НагорныйМ.Б., Галактионов Д.А. Кузьмичев В.Л., Казаченко А.А.

ПОВТОРНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕНСИТИЗАТОРА КАЛЬЦИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

г. Санкт-Петербург, кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В последние годы большое внимание уделяется изучению эффективности различных препаратов для лечения декомпенсированной хронической сердечной недостаточности (ХСН). Одним из перспективных направлений в лечении тяж елых форм ХСН сегодня является использование негликозидного инотропного препарата – сенситизатора кальция левосимендана. Однако эффективность повторного использования препарата у этой категории больных до сих пор считается малоизученной.

Цель исследования:сравнить эффективность лекарственной терапии левосименданом

при однократном и повторном введении в комплексном лечении больных ИБС с ХСН высокого функционального класса.

Материалы иметоды.Обследован 21 больной, госпитализированный в клинику пропедевтики внутренних болезней ВМедА в период с 2014-2015 год с симптомами прогрессирования ХСН. Критериями включения пациентов: обязательное наличие ИБС, как этиологии ХСН и систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ ниже 40% по данным эхокардиографии. Все пациенты на момент поступления были отнесены к III-IV ФК сердечной недостаточности по NYHA. Больные были разделены на 2 группы: 1 группу (n=14) составили пациенты, которым в дополнение к фармакотерапии однократно проведена суточная инфузия раствора левосимендана в дозе 12,5 мг; 2 группу (n=7) вошли пациенты, которым спустя 14 суток после первого введения левосимендана выполнено повторное введение препарата в прежней дозе.Всем больным проводилось общеклинические обследования и ЭхоКГ в покое с оценкой некоторых морфо-функциональных показателей работы сердца через сутки после начала первой инфузии, через сутки после повторного введения и в группе больных с однократным введением перед выпиской.

Результаты: отмечено статистически незначимое положительное влияние препарата на размеры (КДР, КСР) и фракцию выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) в первой группе. При этом повторное введение препарата продемонстрировало определенные преимущества перед однократным введением. Изменения показателей ФВ ЛЖ оказались статистически достоверными в этой группе по сравнению с исходными данными. Так, через день после повторного введения ФВ ЛЖ значимо увеличилась, в то время как в группе с однократным введением значение этого показателя через 2 недели практически не отличалось от исходного.

Вывод:применение левосимендана в комплексном лечении больных ИБС с ХСН улучшает систолическую функцию ЛЖ , гемодинамические показатели , клиническое состояние, переносимость физических нагрузок . Представляется целесообразным использование левосимендана у пациентов для улучшения инотропной функции при исходно низкой ФВ, ХСН высокого ФК по NYHA, преимущественно ишемической этилолгии, при недостаточной эффективности дофамина, добутамина, мочегонных и других средств лечения ХСН при отсутствии гипотонии. При этом повторное использование левосимендана может быть оправдано у пациентов с терминальной стадией ХСН.

А.Н Кучмин, С.Н. Шуленин, И.М. Борисов

Н.Н.САВИЦКИЙ–РОДОНАЧАЛЬНИК УЧЕБНОЙДИСЦИПЛИНЫ «ПРОПЕДЕВТИКАВНУТРЕННИХБОЛЕЗНЕЙ»ВВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКДЕМИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Николай Николаевич Савицкий внёс крупный вклад в развитие отечественной медицинской науки, положив начало новым оригинальным направлениям в физиологии и патологии кровообращения, кислородной недостаточности, функции кровяного пигмента, военной токсикологии.

Одним из основных направлений научных исследований Н.Н. Савицкого было изучение гемодинамики при различных нарушениях функции клапанного аппарата сердца. Работы в этой области позволили предложить новое толкование механизма возникновения функциональных шумов. Н.Н. Савицким, были внедрены в практику оригинальные газовые методы определения минутного объема кровообращения, сфигмографический и баллистокардиографический методы, методы регистрации и оценки артериального и

венозного кровообращения, термоэлектрометрия внутренних органов. Н.Н. Савицкий дал клиническое обоснование понятий «минутный объем кровообращения» и «должное периферическое сопротивление артериального русла». Н.Н. Савицкийявляется основоположником учения о жёсткости сосудистой стенки в России. Он теоретически обосновал, разработал и широко внедрил в практику клинических исследований оригинальную методику количественной оценки функционального состояния аппарата кровообращения. В основу её была положена концепция о тесной связи гемодинамики с интенсивностью обмена веществ.

С 1936 по 1962 гг. Н.Н. Савицкий возглавлял кафедру пропедевтики внутренних болезней с пропедевтической терапевтической клиникой Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова.

Важной заслугой Н.Н. Савицкого является разработка и внедрение в учебный процесс методики комплексного преподавания курса врачебной диагностики с элементами частной патологии и терапии в виде единой дисциплины – пропедевтики внутренних болезней. Сложившаяся ещё при Н.Н. Савицком система преподавания пропедевтики у слушателей 3-го курса академии практически без изменений сохранилась до нашего времени и получила распространение в медицинских вузах страны.

Преподавание слушателям третьего курса состояло из лекционного курса и практических занятий. Лекции читал Н.Н.Савицкий. На занятиях основное время уделялось практической работе с больными и в лаборатории.На кафедре в учебный процесс были внедрены новые технологии: начали демонстрироваться учебные кинофильмы (“Клапанные пороки сердца”, “Нарушения ритма сердца”, “Гипертония”), во время лекций использовался прибор, сконструированный при участии Н.Н. Савицкого, позволявший демонстрировать в большой аудитории звуковые явления, определяемые при аускультации.

Академик АМН СССР Н.Н. Савицкий был членом Президиума Всесоюзного и Всероссийского научных обществ терапевтов, почётным членом правления Ленинградского терапевтического и кардиологического обществ, членом редакционных коллегий журналов «Клиническая медицина» и «Кардиология».

Под руководством Н.Н. Савицкого защищены 14 докторских и 29 кандидатских диссертаций. Среди учеников Н.Н. Савицкого академик АМН СССР профессор Н.С. Молчанов, профессора М.С. Кушаковский, А.А. Трегубов, Б.Д. Ивановский, С.О. Вульфович, М.Ю. Рапопорт, К.А. Морозов, С.Е. Попов.

ЛадонинаС.В. [1], Труфанов Г.Е. [1,3], Безменко[2] А.А.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

[1] Россия, г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ,

Кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, [2] Кафедра акушерства и гинекологии

[3]Россия, г. Санкт-Петербург, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Кафедра лучевых методов и медицинской визуализации

По данным международной статистики от 30 до 77% женского населения страдает от данного заболевания (P.E.P. Petros, 2009, G.Novara, 2010).Является важной социальной и гигиенической проблемой в репродуктивном возрасте и в менопаузе.

Цель. Улучшение диагностики недержания мочи при напряжении у женщины путем выполнения высокопольной МРТ.

Материалы и методы. Проведен анализ данных МРТ 89 пациенток с недержанием мочи при напряжении (НМПН), средний возраст 49,8±18,8 лет. Исследования выполняли на МР-томографе (1,5 Тл) с использованием поверхностной катушки для живота и таза в положении лежа на спине. Сбор данных осуществлялся в строгом соответствии со стандартизированным протоколом. Далее проводили исследование в сагиттальной и фронтальной плоскостях в покое и при повышении внутрибрюшного давления (проба Вальсальвы). Оценивали состояние мышечно-связочного аппарата тазового дна, определяли опущение стенок влагалища и мочевого пузыря, измеряли толщину стенок уретры, угол инклинации уретры, пузырно-уретральный угол, расстояние от лонно-копчиковой линии до анодермальной линии в покое и при напряжении. Для выявления типа недержания мочи использовалась международная классификация недержания мочи, рекомендованная ICS (International Committee Society).

Результаты. У 58 (65,1%) пациенток выявлен I тип, у 19 (21,3%) – II тип, у 12 (13,4%)- III тип НМПН из них репродуктивного возраста преобладали женщины с I типом НМПН (60,3%), со II (78,9%) и III (75%) типом НМПН преобладали женщины в пери- и потменопаузе. У всех больных толщина стенок уретры не коррелировала с типом НМПН. У всех пациенток с НМПН отмечали увеличение угла инклинации уретры в сочетании с повреждением пубоуретральных связок и увеличение пузырно-уретрального угла. Увеличение расстояния от лонно-копчиковой линии до анодермальной линии в покое и при напряжении выявлено у 12 (100%) пациенток с III типом НМПН и у 11 (57,8%) со II типом НМПН. Превышение этих показателей в покое свидетельствует о статическом опущении тазового дна, при пробе Вальсальвы о динамическом опущении тазового дна.

Цистоцеле выявлено у 13 (22,4%) женщин с I типом, у 17 (89,4%) со II типом и у 8 (66,6%) с III типом НМПН; цистоуретероцеле было выявлено у 2 (10,5%) со II типом и у 4 (33,3%) с III типом НМПН. Недостаточность шейки мочевого пузыря определена у 45 (77,5%) женщин I типом, у 17 (89,4%) со II типом, у 12 (100%) с III типом НМПН.

Выводы. Полученные результаты позволяют рассматривать МРТ с использованием динамических проб в качестве высокоинформативного и не инвазивного метода диагностики с возможностью оценки выраженности проявлений недержания мочи при напряжении у женщин.

Ласкин А.В.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ АСКАРИДОЗА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова

Аскаридоз – наиболее распространенный гельминтоз в мире. По оценкам ВОЗ ежегодно им заболевает около миллиарда человек, более 100 тыс. из них погибает от непроходимости кишечника и других осложнений.

Уровень заболеваемости аскаридозом в РФ остается высоким. Среди различных групп населения наиболее часто аскаридоз регистрируется у садоводов и огородников, то есть у лиц, непосредственно связанных с земледелием, а также у работников плодоовощных предприятий и магазинов.

Однако даже тщательно следящие за своим здоровьем и соблюдающие правила гигиены городские жители не застрахованы от заражения, чаще всего во время ежегодного летнего отдыха в южных регионах России или за рубежом. Известны случаи, когда заражение происходило в пятизвёздочных отелях через кубики со льдом для напитков. Но у таких пациентов обычно паразитирует одна, реже две-три аскариды и клинические проявления могут отсутствовать или в условиях ритма жизни в большом городе им не придаётся должного значения.

Аскарида живёт около года и после смерти выходит с калом, что может наблюдать пациент, нередко переживая стресс. Выход хорошо заметного гельминта веретеновидной удлиненной формы длиной 25-35 см нередко является единственной причиной обращения к врачу. Часто чистоплотные эмоциональные пациенты (в представлении которых их жизнь и паразитарные черви не совместимы), испытывая чувство брезгливости, смывают гельминта в унитаз и при последующем посещении врача не могут описать паразита даже приблизительно, что затрудняет диагностический поиск. Исследование кала на яйца гельминтов должно проводиться в любом случае, однако интерпретировать полученные результаты врач должен обязательно с учётом жизненного цикла паразита.

Так в мае 2015 года в медицинскую лабораторию г. Санкт-Петербурга обратилась пациентка с просьбой провести анализ кала на яйца гельминтов в связи с выходом во время дефекации круглого гельминта, который был тут же смыт в унитаз. Были проведены трёхкратные анализы с использованием методов обогащения, получены отрицательные результаты. Через неделю пациентка обратилась снова, предоставив для идентификации вновь вышедшего с калом гельминта, который оказался аскаридой.

Для объяснения ситуации врач должен помнить, что развитие аскариды с момента заражения хозяина инвазионными яйцами до начала выделения яиц оплодотворенными самками продолжается от 60 до 100 суток (в среднем 70-75 суток). Продолжительность жизни аскариды составляет от 11 до 13 месяцев. Выделение яиц самками заканчивается к 7 месяцу их жизни. Таким образом, пациентка могла заразиться летом 2014 года несколькими яйцами, из них могли развиться как самки, так и самцы, самцы не откладывают яйца, а самки к лету 2015 года, заканчивая свой жизненный цикл, могли находиться вне репродуктивной фазы. В ситуации с пациенткой, несмотря на отрицательные результаты паразитологического исследования, врачу желательно предупредить о возможности паразитирования старых аскарид (или самцов) и рекомендовать однократный приём одной таблетки албендазола в дозе 400 мг. Это позволит уничтожить аскарид и предупредит возможные обвинения в некомпетентности со стороны пациента.

Лебедева О.С., Болдырева Ю.С.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО БИОРЕЗОНАНСНОГО ПОРТАТИВНОГО ПРИБОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, г. Санкт-Петербург

По данным ВОЗ 80% населения имеют те или иные виды носительства вирусов различных штаммов, паразитарные инвазии, которые часто провоцируют развитие органной патологии и формируют длительную аллергическую сенсибилизацию различных типов.

В процессе клинической работы обследовано 50 пациентов с аллергическими заболеваниями: острой и рецидивирующей крапивницей - 30, атопическим дерматитом, осложненным микотической инфекцией - 9, атопической бронхиальной астмой - 11 с помощью иммунологических методов исследования - определения специфических IgG, общего и аллергенспецифических IgE с помощью иммуноферментного метода (ИФА) и реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) по отношению к различным паразитарным, микотическим и вирусным антигенам. У 98% больных выявлена различная паразитарная сенсибилизация, в том числе, антигенами аскарид, описторхий, острец, эхинококка, трихинелл. У 80% пациентов выявлена сенсибилизация антигеном лямблий, у 50% - антигеном Candidaalbicans, а у 80% - антигенами эпидермофитона, аспергилла и трихофитона. Особенно актуальным в настоящий момент явилось выявление вирусоносительства у 98% обследованных пациентов - обнаружен вирус герпеса 1 и II типа, вирус папилломы.

Учитывая характер сенсибилизации и наличие противопоказаний к применению специфических лекарственных препаратов у обследованных пациентов, 20 больным аллергическими заболеваниями проведено 20 сеансов антипаразитарной биорезонансной терапии с помощью портативного (браслет) медицинского прибора БИОФОН (Россия, НПО «Биомедис») 2 раза в неделю продолжительностью 2-2.5 часа на фоне приема энтеросорбентов с целью устранения сенсибилизации. Наряду с лабораторными показателями, клинического улучшения состояния здоровья у всех пациентов удалось достичь через 1-1,5 месяца.

БИОФОН - устройство для поддержания здоровья и оптимальной работы всех органов и систем организма. В БИОФОН с помощью программного обеспечения можно загрузить 3 комплекса, составленных из программ, входящих в программную базу БИОФОН. Каждая программа состоит из набора частот, выполняемых последовательно. Суммарное количество частот в трех комплексах ограничено размером не более 2000 частот. В программную базу БИОФОН включено более 1500 программ, необходимых для профилактики и коррекции состояния здоровья при различной соматической патологии, в том числе, при аллергических заболеваниях. Преимущества БИОФОН: управление всего одной кнопкой,

перепрограммируемые три комплекса, два съемных чехла (браслет на руку и чехол с зажимом), выполненные из качественного силикона, три удобных варианта ношения - на руке с помощью съемного браслета, в кармане, на ремне с помощью чехла с зажимом, обновленная база программ.

Учитывая полученные данные, представляется интересным и необходимым использование этого инновационного способа профилактики и комплексного лечения аллергических заболеваний и скрытых вирусных инфекций.

Левина Е.М. [1], Куштан Т.Ю. [2], Поплавский А.И. [3], Юркин А.К. [1], Гаврищук Я.В. [4], Демьяненко Н.Ю. [1].

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Кафедра факультетской терапии[1], кафедра общей хирургии[2], 6 курс факультета ВМА им Кирова[3], кафедра военно-полевой хирургии[4]

Актуальность проблемы лечения послеоперационной боли остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. По данным литературы, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75 % пациентов.

Цель работы: оценить влияние послеоперационной боли на функцию эндотелия. Материалы и методы. Для оценки особенностей течения раннего послеоперационного периода после планового оперативного вмешательства низкой степени травматичности было обследовано 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин), в возрасте от 60 до 80 лет.

В ходе анализа учитывались функция эндотелия и болевой синдром. Изучение функции эндотелия проводилось с помощью компьютерного фотоплетизмографа “Eldar”, оценка боли производилась по визуальной аналоговой шкале.

Результаты. Выраженность послеоперационной боли по ВАШ= 5,75 (4,75; 7,25), показатель функции эндотелия = –8,5 (–9,5; –5,5), после проведение корреляционного анализа по Пирсону $r= –0,67$, $p<0,05$

Выводы. Проведенный анализ позволяет предположить обратную корреляционную взаимосвязь средней силы между болью и функцией эндотелия, то есть чем более выраженный болевой синдром тем сильнее снижается функция эндотелия.

Левина Е.М. [1], Куштан Т.Ю. [2], Поплавский А.И. [3], Юркин А.К. [1], Гаврищук Я.В. [4], Демьяненко Н.Ю. [1]

ПЕРИОД ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. КироваКафедра факультетской терапии[1], кафедра общей хирургии[2], 6 курс факультета ВМА им Кирова[3], кафедра военно-полевой хирургии[4]

Актуальность: известно что уровень операционного стресса влияет на морфофункциональное состояние состояние сердечно-сосудстой системы в норме и способствует декомпенсации ее деятельности при исходно существующей патологии.

Цель работы: изучить влияние операционного стресса на парасимпатическую нервную систему

Материалы и методы. Для оценки спектрального анализа сердечного ритма раннего послеоперационного периода после планового оперативного вмешательства с низкой травматичностью было обследовано 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин), в возрасте от 60 до 80 лет. В ходе анализа учитывались диапазоны спектрального анализа вариабильности сердечного ритма. Изучение вариабильности сердечного ритма проводилось с помощью компьютерного фотоплетизмографа “Eldar”.

Результаты. Спектр высокой частоты (HF) до оперативного вмешательства – 283 мс^2 (157; 481); сразу после оперативного вмешательства –348,5 мс^2 (116; 516); через 3 часа после оперативного вмешательства 276 мс^2(109,5; 642); через 3 дня после оперативного вмешательства 190 мс^2 (152,5; 457). При сравнительном статистическом анализе связанных групп параметрическим методом (t-критерий для связанных групп): составило $p>0,05$.

Выводы. В послеоперационном периоде ваготонии практически не возникает, о чем можно судить по отсутствию различий при математическом анализе связанных групп. Это особенно важно для лиц, страдающих дисфункцией синусового узла.

Левина Е.М. [1], КуштанТ.Ю. [2], ПоплавскийА.И. [3], ЮркинА.К. [1], ГаврищукЯ.В. [4].

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Кафедра факультетской терапии[1], кафедра общей хирургии[2], 6 курс факультета ВМА им. Кирова[3], кафедра военно-полевой хирургии[4]

Актуальность проблемы лечения послеоперационной боли остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. По данным литературы, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75 % пациентов.

Цель работы: Оценить динамику изменения показателя функции эндотелия. Материалы и методы. Для оценки особенностей течения раннего послеоперационного периода после планового оперативного вмешательства низкой степени травматичности было обследовано 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин), в возрасте от 60 до 80 лет.

В ходе анализа учитывались функция эндотелия. Изучение функции эндотелия проводилось с помощью компьютерного фотоплетизмографа “Eldar”. Проводился сравнительный статистический анализ связанных групп параметрическим методом (t-критерий для связанных групп)

Результаты. Показатель функции эндотелия до оперативного вмешательства = 5,0% (–1,5; 10); сразу после оперативного вмешательства = –8% (–9,5; –5,5), $p<0,05$; через 3 часа после оперативного вмешательства = 2% (–3,5; 8), $p<0,05$; через 3 дня после оперативного вмешательства = 4,5% (–1,5; 10,5), $p>0,05$.

Выводы. Функция эндотелия при оперативных вмешательствах с низкой степенью травматичности нормализуется к третьим суткам, на что указывает отсутствие статистической значимости между показателем функции эндотелия до оперативного вмешательства и через 3 дня после него, что говорит об полном восстановлении функции эндотелия, нормализации вегето-сосудистого тонуса и гормонального статуса.

Левина Е.М. [1], Юркин А.К. [1], Поплавский А.В. [2], Максимов А.Г. [1], Демьяненко Н.Ю. [1]

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ИВАРИАБЕЛЬНОСТИ ПУЛЬСОВОГО РИТМА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова Кафедра факультетской терапии[1], 6 курс факультета ВМА им Кирова[2]

Цель работы. Выявление взаимосвязи между функций эндотелия, вариабельностью пульсового ритма у военнослужащих с внебольничной пневмонией. На предыдущем этапе нами была выявлено существенное нарушение эндотелиальной функции и изменение вариабельности пульсового ритма у этой категории больных.

Результаты. Было обследовано 15 военнослужащих мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст 22 ± 1,15), госпитализированных с диагнозом – внебольничная пневмония. Все они вошли в основную группу наблюдения. В исследование не включались больные с сопутствующей патологией. Выборку контроля составили 16 слушателей и курсантов ВМедА, мужского пола, в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст 22± 2,01). В работе использовались следующие неинвазивные инструментальные методы: электрокардиография (прибор МАС 1200 фирмы Marquette Hellige); компьютерная фотоплетизмография (ФПГ) - для оценки вариабельности пульсового периферического ритма (ВПР) и эндотелиальной функции с помощью контурного анализа пульсовой волны (прибор – фотоплетизмограф компьютерный «Эльдар ВПР» изучалась методами спектрального, статистического и геометрического анализа (вариационная пульсометрия). В работу брались следующие показатели ВСР: HF (high frequency) – высокочастотные колебания сердечного ритма, LF (low frequency) – низкочастотные колебания ритмограммы, VLF (very low frequency) - колебания очень низкой частоты, индекс симпато-вагального баланса - LF/HF, TP (total power) – общая мощность волнового спектра; SDNN - стандартное отклонение NN интервалов, RMSSD - квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар интервалов NN. Интерпретация показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) проводилась в соответствии с рекомендациями международной группы экспертов Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology, (1996) и Российскими Методическими рекомендациями по анализу вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем". (2001). Полученные нами ранее данные свидетельствуют о резком снижении показателя функции эндотелия (ПФЭ) в основной группе в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о выраженной эндотелиальной дисфункции. Индекс отражения до манжеточной пробы у больных внебольничной пневмонией был 47,8±3,03 %, в группе сравнения этот показатель равнялся 61,1±1,80 %. На второй минуте постокклюзионного кровотока ИО в основной группе составил 49,3±2,91 %, в контрольной - 49,9±1,36 %. ПФЭ в основной группе составил - 1,44±0,44 %. В контрольной группе 16,5±2,60 %. Суммарный показатель вариабельности величин интервалов NN за весь рассматриваемый период (SDNN) в основной группе составил 43,8±3,47 мс, у здоровых военнослужащих - 69,6±3,31 мс. Уменьшение среднего квадратичного отклонения (SDNN) связано с усилением симпатической влияния на синусовый узел. Числовые характеристики RMSSD и pNN50, отражающие активность

парасимпатического звена вегетативной регуляции и высоко коррелирующие между собой, у больных внебольничной пневмонией составили - 41,3±4,78 мс и 14,1±4,67 %, в контрольной выборке - 58,43±3,93 мс и 24,8±2,78% Геометрические показатели ВСР в основной группе были следующими: Moda - 737±35,78 мс, AMo - 16,5±0,44 %; в группе сравнения - Moda - 924±23,1 мс, AMo - 8,8±0,3 %. Выводы. Методом парного корреляционного анализа была выявлена тесная связь ($r = 0,63$; $p<0,05$) между индексом отражения и SDNN у больных внебольничной пневмонией. Таким образом, подтверждается тесная взаимосвязь между степенью эндотелиальной дисфункции и дисфункцией вегетативной нервной системы с преобладанием активности симпатической нервной системы.

Левина Е.М. [1], Куштан Т.Ю. [2], Поплавский А.И. [3], Юркин А.К. [1], Гаврищук Я. В.

ОЦЕНКА СПЕКТРА ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Кафедра факультетской терапии[1], кафедра общей хирургии[2], 6 курс факультета ВМА им Кирова[3], кафедра военно-полевой хирургии[4]

Актуальность. Проблема лечения послеоперационной боли остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. По данным литературы, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75 % пациентов.

Цель работы: Оценить изменения спектра очень низкой частоты в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы. Для оценки особенностей течения раннего послеоперационного периода после планового оперативного вмешательства с низкой степенью травматичности было обследовано 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин), в возрасте от 60 до 80 лет. В ходе анализа учитывался спектр очень низкой частоты сразу после оперативного вмешательства, через 3 часа после оперативного вмешательства, через 3 дня после оперативного вмешательства . Изучение спектрального анализа вариабильности сердечного ритма проводилась с помощью компьютерного фотоплетизмографа “Eldar”при помощи программы “eldar-vario”. Проводился сравнительный статистический анализ связанных групп параметрическим методом (t-критерий для связанных групп).

Результаты. Спектр очень низкой частоты до операции составил – 4547 мс^2 (1178:10036); сразу после операции945 (578:997), $p<0,05$; через 3 часа после операции 6304 (1128:11544), $p=0,09$; через 3 дня после операции 4303 (1176:7589), $p>0,05$.

Выводы. Сразу после оперативного вмешательства происходит снижение спектра очень низкой частоты с последующим нарастанием, что свидетельствует об усилении адаптации организма к операционному стрессу.

Лемешкин Р.Н., Ефремов А.А., Борисов Д.Н.

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОНЯТИЯ «ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА»

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Президент Российской Федерации (РФ) Владимир Путин на заседании Совета Безопасности (СБ) РФ 30 октября 2015 года, посвящённому вопросам реализации государственной политики в области обеспечения радиационной, химической и биологической безопасности РФ, поставил следующие задачи:

1) определить насколько отвечают реалиям положения о противодействии радиационной, химической и биологической угрозам (и в мирное, и в военное время) в документах стратегического планирования и при необходимости - внести коррективы;

2) проанализировать радиационную, химическую и биологическую угрозу и сформировать единые взгляды на эти вызовы, что позволит сформировать более эффективную защиту граждан РФ;

3) обеспечить реализацию научно-технической политики в области разработки и эксплуатации современных средств радиационной, биологической и другой защиты граждан и территории РФ;

4) провести инвентаризацию индивидуальных средств защиты граждан РФ;

5) повысить внимание к санитарно-эпидемиологической обстановке.

При этом было отмечено, что одной из главных причин рисков в области радиационной, химической и биологической безопасности являются чрезвычайные ситуации (ЧС) социального характера в виде террористических актов и действий, вооруженных конфликтов и локальных войн.

Анализа действующих нормативных правовых документов, на наш взгляд, не нашли свое отражение вопросы характеризующие причинно-следственные связи возникновения ЧС социального характера. Так для МО РФ и для её медицинской службы необходимо разъяснить такое понятие, как «ЧС социального характера» и как это понятие связано с положением Федерального закона от 30.05.2001 г. №3 – ФКЗ «О чрезвычайном положении». Ведь ЧС социального характера, по своей структуре, виду и характеристики схожа с понятием «чрезвычайное положение». Так в статье 3 Федерального конституционного закона от 30.05.2001 г. № 3-ФКЗ (в ред. от 07.03.2005 г.) «О чрезвычайном положении», оно «вводится лишь при наличии обстоятельств, которые представляют собой непосредственную угрозу жизни и безопасности граждан или конституционному строю Российской Федерации и устранение которых невозможно без применения чрезвычайных мер».

Согласно пункта «а» статьи 3 ФКЗ «О чрезвычайном положении» ЧС социального характера определяется как ситуация «…социально-политическая, вызванные попытками насильственного изменения конституционного строя РФ, захвата или присвоения власти, вооруженным мятежом, массовыми беспорядками, террористическими актами, блокированием или захватом особо важных объектов или отдельных местностей, подготовкой и деятельностью незаконных вооруженных формирований, межнациональными, межконфессиональными и региональными конфликтами, если они создают угрозу жизни и безопасности граждан, нормальной деятельности государственных и муниципальных органов, сопровождаются насильственными действиями…»

Соответственно, в ведомственных нормативно-правовых документах, надо дать определение ЧС социального характера, чтобы разграничить положение статей Боевых уставов, наставлений и руководств. Нами предлагается следующий вариант определения: ЧС социального характера — это обстановка на определённой территории, определяющаяся в значительном изменением жизнедеятельности как физических лиц (людей), так и юридических лиц, сложившееся в результате военных действий, террористического (-их) акта (-ов), народного восстания, забастовок, межнациональных и межрелигиозных и иных социальных конфликтов, которая может повлечь или повлекла значительный социальный и материальный ущерб и потребовала для разрешения ситуации введения в действие сил и средств силовых ведомств (к примеру, МО РФ).

Лемешкин Р.Н., Сиващенко П.П., Гончаренко А.Ю.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗЛИЧИЙ И ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ В ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Проблема здоровья военнослужащих рассматривается сегодня как один из основных факторов национальной безопасности государства и высокой боевой готовности Вооруженных Сил РФ. Однако имеется отрицательная тенденция увеличения числа санитарных потерь психиатрического профиля в виде расстройств субклинического и пограничного (невротического) уровней в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) социального характера (локальные войны и вооруженные конфликты), особенно из-за воздействия психогенно обусловленных факторов боевой обстановки.

На основании сравнительного и медико-статистического анализа с применением методики функционального математического моделирования (статусметрии) нами были выявлены основные различия и закономерности в лечебно-эвакуационных мероприятиях в отношении военнослужащих с невротическими расстройствами в условиях ЧС социального характера (локальные войны и вооруженные конфликты). Материалами исследования послужили 251-а архивная история болезни пораженных военнослужащих в первую (Группа 1, n=157) и вторую чеченские компании (Группа 2, n=94).

Для оценки мероприятий, выполненных в отношении каждого конкретного пораженного была разработана кодировочная карта, в которой были определены 130 параметров (социально-демографические, тактические, временные, организационные, психопатологические, клинические параметры и экспертные). Параметры оценивались по бальной и бинарной системе ответов.

После выбора комплекса наиболее существенных (информативных) показателей, при котором ошибка модели минимальна, была построена модель для обобщенного показателя $Z_{1\text{-}2}$ – критерия межгрупповых различий пораженных Группа 1 и Группа 2 по комплексу из 5 информативных показателей: $Z_{1\text{-}2}$ = 3,6012 + 1,2714 X8 – 0,7423 X39 – 1,7729 X62 + 1,5522 X116 + 1,0088 X119, где: $Z_{1\text{-}2}$- критерий межгрупповых различий; X8 – продолжительность пребывания в зоне вооруженного конфликта на момент получения психического расстройства; X39 – средство эвакуации; X62 – психотравмирующее воздействие по шкале DSM-III-R; X116 – патохарактерологические реакции; X119 – изменение категории годности к военной службе.

Определены следующие отличия между показателями двух кампаний. Во время 2-ой кампании зарегистрированы у военнослужащих с невротическими расстройствами: изменения категории годности от «годен к военной службе с незначительными ограничениями» в 1-ю кампанию (среднее значение 1,55±0,08 балла) к «ограниченно годен к военной службе» во 2-ю кампанию (среднее значение 2,69±0,14 балла); более длительное пребывание в зоне вооруженного конфликта на момент получения психического расстройства (среднее значение 1,94±0,04 балла), чем в 1-ю кампанию (среднее значение 2,4±0,1 балла); ярко выраженные проявления патохарактерологических реакций во 2-ю кампанию (среднее значение 0,19±0.06 балла) по сравнению с 1-ой кампанией; понижение уровня психотравмирующего воздействия по шкале DSM-III-R – среднее значение с «экстремального» (3,98±0,03 балла) в 1-ю кампанию до «выраженного» (3,35±0,09 балла) во 2-ю кампанию; понижение балльного уровня значения эвакуации транспортным средством из зоны вооруженного конфликта от 2,96±0,02 балла к 2,84±0,04 балла.

Таким образом, вовремя 1-й кампании основу контингента пораженных военнослужащих составляли слабо подготовленные и «необстрелянные», которые неадекватно и неточно оценивали окружающую обстановку и имели низкую мотивацию к ведение боевых действий.

Недостаточность сил и средств медицинской службы в этот период дислоцированных на Северном Кавказе, а именно слабость омедб, омедо СпН и госпиталей 1-го эшелона (отсутствие квалифицированных психиатров в составе), определяло позднюю выявляемость психических расстройств у военнослужащих.

Лемешкин Р.Н., Сыроежкин Ф.А., Кузин А.А.

ПРАВОВЫЕ НОРМЫ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПОСТРАДАВШИХ ГРАЖДАН ОТ ПОРАЖАЮЩИХ ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Чрезвычайные ситуации (ЧС) сопровождают человечество на протяжении всей его истории. Зачастую они приводили, и к сожалению, приводят, к многочисленным жертвам, количество которых исчисляется десятками и сотнями тысяч погибших и пострадавших. Соответственно, можно выделить три категории граждан, здоровье которых прямо или опосредовано подвергается воздействию поражающих факторов ЧС: 1) граждане, пострадавшие от непосредственного воздействия факторов ЧС; 2) граждане, осуществляющие проведение спасательных работ и оказание медицинской помощи при ЧС; 3) граждане, проживающие в экономически неблагоприятных регионах.

Кратко остановимся на правах лиц, входящих в каждую из указанных категорий, исключая общие права граждан в области охраны здоровья, регламентированные Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Граждане, пострадавшие от непосредственного воздействия факторов ЧС, имеют право:

1). На получение гарантированной государством психиатрической помощи (п. 1 ст. 16 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г. № 3185-1).

В настоящее время оказанию психологической и психиатрической помощи лицам, пострадавшим в ЧС, уделяется большое внимание. В целях реализации Закона о психиатрической помощи и совершенствования специализированной помощи лицам с психическими расстройствами, возникающими в ЧС, Минздравом России издан приказ «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» от 24.10.2002 г. № 325, которым утверждено Положение об организации данных видов помощи пострадавшим в ЧС. В соответствии с ним (п/п. 3.2 и 3.3 п. 3) лица с психическими расстройствами, возникшими в ЧС, имеют право обращаться для получения амбулаторной помощи в кабинеты социально- психологической помощи учреждений здравоохранения, а для прохождения стационарного лечения – в отделения кризисных состояний учреждений здравоохранения.

2) Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия пострадавшего населения также является одной из главных задач при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в ЧС строятся на общих принципах охраны здоровья, оказания медицинской помощи населению в районах катастроф и стихийных бедствий. При этом учитываются медико-социальные особенности санитарно-эпидемиологического обеспечения населения, резкое изменение условий его жизнедеятельности. Данные мероприятия регламентированы методическими рекомендациями «Санитарно-противоэпидемическое обеспечение пострадавших и вынужденных переселенцев в чрезвычайной ситуации» (утверждены Минздравом России 24.09.2001 г.).

3). На защиту жизни, здоровья, медицинское обслуживание, компенсации и социальные гарантии за проживание и работу в зоне ЧС (п. 1 ст. 18 Федерального закона «О

защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21.12.1994 г. № 68-ФЗ).

4). На возмещение ущерба, причиненного их здоровью (то есть вреда) и имуществу (то есть убытков) вследствие ЧС (п. 1 ст. 18 Закона о защите населения от ЧС; ст. 26 Федерального закона «О радиационной безопасности населения» от 09.01.1996 г. № 3-ФЗ (ред. от 19.07.2011).

5). На получение компенсаций и социальных гарантий за ущерб, причиненный их здоровью при выполнении обязанностей в ходе ликвидации чрезвычайных ситуаций (п. 1 ст. 18 Закона о защите населения от ЧС).

Граждане, осуществляющие проведение спасательных работ и оказание медицинской помощи при ЧС, имеют право:

1.) На материальные компенсации и социальные гарантии (ст. 18 Закона о защите населения от ЧС; п. 3 ст. 21 Закона о радиационной безопасности).

2.) На пенсионное обеспечение в случае потери трудоспособности в связи с увечьем или заболеванием, полученными при выполнении обязанностей по защите населения и территорий от ЧС, в порядке, установленном для работников, инвалидность которых наступила вследствие трудового увечья (п. 1 ст. 18 Закона о защите населения от ЧС).

Граждане, не пострадавшие от непосредственного воздействия факторов ЧС и не принимавшие участия в ликвидации ее последствий, но потерявшие кормильца, погибшего или умершего от увечья или заболевания, полученных при защите населения и территорий от ЧС, также имеют право на пенсионное обеспечение (п. 1 ст. 18 Закона о защите населения от ЧС).

Порядок и условия государственного социального страхования, виды и размеры компенсаций и льгот, предоставляемых гражданам в соответствии с п. 1 ст. 18 Закона о защите населения от ЧС, устанавливаются законодательством России и законодательством субъектов в составе федерации (п. 2 ст. 18 Закона о защите населения от ЧС; п. 3 ст. 21 Закона о радиационной безопасности).

3.) Лица, которым официально присвоен статус спасателей, имеют право на медицинскую и психологическую реабилитацию (в частности, на ее виды, предусмотренные ст. 9 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ) в медицинских организациях и реабилитационных центрах за счет средств на содержание спасательных служб и формирований (п. 3 ст. 25 Федерального закона «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей» от 22.08.1995 г. № 151-ФЗ).

Спасатели профессиональных аварийно-спасательных служб и формирований, пострадавшие в ходе исполнения обязанностей, возложенных на них трудовым договором контрактом), имеют право на первоочередное медицинское обслуживание и выплаты в размере среднемесячной заработной платы по основному месту работы (п. 6 ст. 25 Закона о спасательных службах).

Право на охрану здоровья включает в себя и права граждан на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о её состоянии и на возмещение ущерба, причиненного здоровью или имуществу экологическими правонарушениями (ст. 42 Конституции РФ). В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», обеспечение экологической безопасности является актуальным направлением деятельности государства и общества.

В отношении информирования граждан об экологически значимых факторах, влияющих на их здоровье, важную роль играет Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ, согласно которому предполагается осуществление ряда мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, о состоянии среды обитания и проводимых профилактических мероприятиях (ст. 2).

В целом же, несмотря на достаточно большое количество, нормативно-правовых актов сфере защиты населения и территорий от ЧС, остаются нерешенными многие вопросы, как-то единая идеология и методология обучения, ведомственные различия в организационном построении системы лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавшего населения в ЧС, стандартизации оказания мероприятий первичной медико-санитарной помощи в очаге ЧС разноведомственными медицинскими силами и средствами.

Лисицына Е.А., Баразенко К.В.

ПОВЫШЕНИЕ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ У УЧАЩЩИХСЯ ВУЗОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Целью исследования явилось изучение возможности психофармакологической коррекции работоспособности у лиц, обучающихся в высших учебных заведениях с помощью глицина. Были сформулированы следующие задачи: исследовать показатели нервно-психической адаптации у лиц, обучающихся в высшем учебном заведении; изучить эффективность психофармакологической коррекции глицином работоспособности у данных лиц.

Были обследованы 78студентовпятого курса, юношей и девушек в возрасте 22 – 24 лет. Исследование уровня адаптации проводилось с использованием ряда психологических и психофизиологических методик, включавшем в себя: анкету самооценки состояния, шкалу ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, методику «Информационный поиск», «Красно-чёрные таблицы», арифметический счёт, теппинг-тест, методику кинестезиометрии, методику определения семисекундного интервала до и после умственной нагрузки.

Обследуемые были разделены в случайном порядке на две группы: первая получала сублингвально глицин в таблетках по 0,1грамма, в суточной дозе 0,3 грамма (по 1 таблетке три раза в день за полчаса до еды), курс приёма - 14 дней; вторая - плацебо. После приёма препаратов было проведено повторное обследование с использованием того же набора методик.

Динамика изменений эмоциональной сферы под влиянием курсового приёма глицина проявлялась в достоверном снижении чувства тревоги (по данным методики определения ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина). При анализе самооценки состояния по данным методики Анкета самооценки состояния, отмечалась тенденция к улучшению самочувствия.

Улучшении внимания проявлялось в положительном влиянии данного препарата на такие его свойства, как устойчивость, распределяемость, переключаемость и концентрацию (при выполнении испытуемыми методики Красно-чёрная таблица отмечалось достоверное улучшение показателей; по данным методики Информационный поиск, число найденных чисел достоверно увеличивалось).

Изменения в психомоторной сфере проявлялись в улучшении координации движений, психической регуляции мелкой моторики рук за счёт общетонизирующего воздействия глицина на мозговые процессы, оказывающего тормозное действие на кору больших полушарий головного мозга (мы наблюдали достоверное улучшение выполнения заданий Теппинг-теста и методики Кинестезиометрии).

Таким образом, было установлено, что лицам, испытывающим трудности в адаптации к учебной деятельности, имеющим повышенную утомляемость, дефицит внимания, отмечающим общее снижение тонуса, нарушения в эмоциональной сфере, испытывающим чувство тревоги, может быть рекомендован курсовой приём глицина, являющегося средством повышения неспецифической адаптации к неблагоприятным условиям окружающей среды.

Литвиненко Е.В., Леонов В.И.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРПОРАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ, АУРИКУЛОТЕРАПИИ И ТЕРМОПУНКТУРЫ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

*г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней, *кафедра нейрохирургии*

В исследование были включены 53 пациента с вертеброгенной люмбалгией и люмбоишалгией, с хроническим рецидивирующим течением и выраженным болевым синдромом. Средний возраст пациентов составил 32,9±6,9 лет, из них мужчин – 29 (55 %), средний возраст – 33±6,9 года; женщин –24 (45%), средний возраст – 32,7±6,8 года.

У всех пациентов была проведена оценка неврологического статуса, выполнены нейровизуализационные исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника (КТ, МРТ). Кроме этого, пациентам было предложено оценить интенсивность собственных болевых ощущений по 10-балльной системе визуально-аналоговой шкалы (ВАШ):до начала лечения, через 3, 7 и 12 дней, после начала лечения.

В течение курса лечения все больные получали НПВС, витамины группы В, массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника. Помимо лекарственной терапии и физиотерапевтических процедур, пациенты были приняты на курс рефлексотерапевтического лечения и разделены на 3 группы. Больные в группе 1 получали только корпоральную рефлексотерапию (15 человек), в группе 2 - корпоральную рефлексотерапию и термопунктуру (19 человек), в группе 3- корпоральную и аурикулярную рефлексотерапию (19 человек).

До начала лечения оценка интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ в целом распределялась во всех трех группах примерно одинаково: в группе 1 - 8,2±1,3, в группе 2 - 8,1±1,6, в группе 3 - 8,3±1,5. После 3 сеанса рефлексотерапевтических методик по лечению вертеброгенных болевых синдромов в группах 1 и 2 регистрировалось постепенное уменьшение показателей, составившее > 1 балла по шкале ВАШ (7,2±1,3 и 6,8±0,9 соответственно), в то время как в 3 группе пациенты отмечали значительно более быстрый регресс болевого синдрома и было зафиксировано среднее снижение показателей по шкале ВАШ > 2,5 баллов (5, 6±1,4).После недели лечения у пациентов в группе 3 средние значения по шкале ВАШ составили 4,1±1,1, в то время как у пациентов в группах 2 и 1 интенсивность болевых ощущений была на 2 балла выше в среднем и составляла 6,4±0,9 и 6,1±1,3 соответственно. Во всех трех группах после окончания лечения (12 дней) отмечалась нормализация состояния пациентов и регресс болевого синдрома, баллы по ВАШ во всех трех группах были примерно на одном уровне: 2,7±1,1, 2,9±1,2 и 2,7±1,1 соответственно.

Таким образом, использование только корпоральной акупунктуры или же ее комбинаций с аурикулотерапией или моксотерапией дают одинаково эффективный конечный результат, способствуя значительному или полному регрессу болевого синдрома и восстановлению функциональных способностей. Однако комбинация корпоральной рефлексотерапии и аурикулотерапии обеспечивает значительно более быстрое наступление анальгетического эффекта, проявляя свое действие уже после 3-го сеанса, в то время как монотерапия корпоральной акупунктурой или ее комбинацией с термопунктурой приводит к купированию болевого синдрома значительно позднее, после 10-го сеанса. Оптимальным лечебным рефлексотерапевтическим курсом у пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами является использование комбинированной терапии, включающей в себя рецептуры классической корпоральной акупунктуры и аурикулярные точки, оказывающие седативное, анальгезирующее и противовоспалительное действие.

Литвиненко И.В., Базилевич С.Н., Емелин А.Ю., Коханский Н.П., Андреев Р.В.

КРИТЕРИИ СТОЙКОГО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Санкт-Петербург, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кафедра нервных болезней

Согласно требованиям к состоянию здоровья граждан, проходящих военную службу по контракту, для определения годности к прохождению военной службы в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом, ВВК должна выносить заключение о негодности освидетельствуемого в случае наличия у него последствий черепно-мозговой травмы со стойкими нарушениями функций центральной нервной системы (Приказ МО РФ № 770 от 2014 г). В данной формулировке речь не идет о степени нарушения функции (незначительная, умеренная, выраженная). Врачу необходимо оценить стойкость нарушений функции ЦНС. В связи с этим, у неврологов и врачей экспертов ВВК часто возникает вопрос: «Если военнослужащий в анамнезе перенес сотрясение головного мозга (СГМ) и впоследствии в медицинской книжке ежегодно после углубленного медицинского осмотра ему устанавливается диагноз - отдаленные последствия ЧМТ, СГМ с рассеянной неврологической симптоматикой и астеническим (вегетативно-сосудистым) синдромом, считать ли что он имеет стойкие нарушения функций ЦНС»?

Сотрясение головного мозга по частоте занимает 1-е место в структуре черепно-мозгового травматизма. СГМ представляет единую клиническую форму травмы мозга, в основе которой лежат функционально обратимые изменения нейронов на клеточно-субклеточном уровне в ответ на воздействие механической энергии. Выявляемые после СГМ общемозговая и очаговая симптоматика носят нестойкий характер и обычно регрессируют к 5-7 дню после травмы. Поэтому 80-97% наблюдений сотрясения мозга при адекватном соблюдении режима в остром периоде и отсутствии отягощающих травму обстоятельств завершается выздоровлением пострадавших с полным восстановлением трудоспособности. У части больных по прошествии острого периода отмечаются те или иные проявления посткоммоционного синдрома. Согласно МКБ-10 посткоммоционный синдром определяется как состояние, «возникающее после легкой ЧМТ и проявляющееся головной болью, головокружением, утомляемостью, раздражительностью, трудностью сосредоточения и решения умственных задач, снижением памяти, бессонницей, снижением устойчивости к стрессу, эмоциональному возбуждению и алкоголю». Синдром возникает в результате сложного взаимодействия органических и функциональных изменений интегративных систем лобных и височных долей и психологических факторов. Функциональное состояние интегративных систем мозга восстанавливается в течение нескольких месяцев, что приводит к полному регрессу симптомов и восстановлению работоспособности у большинства больных. Лишь у 3% больных симптомы посткоммоционного синдрома сохраняются спустя год и более после травмы. Согласно Приказу МО РФ от 18.06.2011 г № 800, военнослужащий после легкой ЧМТ находится под диспансерным динамического наблюдением у врача части в течение 2 лет и при отсутствие признаков заболевания в течение этого времени в последующем считается здоровым.

Таким образом, считаем, что у небольшого числа военнослужащих после СГМ могут быть стойкие нарушения функций ЦНС (в структуре хронического посткоммационного синдрома), но при этом по медицинским документам должна прослеживаться причинно-следственная связь предъявляемых жалоб после травмы с повторными активными обращениями к врачу, прохождением амбулаторных (стационарных) курсов лечений по данному поводу, наличием трудопотерь и влиянием состояния здоровья на исполнение обязанностей военной службы (по мнению командывания). В случае отсутствия данной медицинской информации военнослужащий, имеющий СГМ в анамнезе может быть признан годным к прохождению военной службы в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом, в связи с отсутствием стойких нарушений ЦНС.

Литвиненко И.В., Базилевич С.Н., Емелин А.Ю., Коханский Н.П., Андреев Р.В.

ЗНАЧЕНИЕ ЭЭГ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кафедра нервных болезней

С учетом современного представления об эпилепсии и возросших требований к состоянию здоровья военнослужащих встатью 21 Расписания болезней (приложение к положению о ВВЭ, утвержденному Постановлением Правительства РФ № 565 от 2013 г) были внесены значительные изменения. В частности, в пункте «в» появилась новая «нозологическая единица» - наличие эпилептиформной активности, выявленной по результатам ЭЭГ, без клинических проявлений. В связи с этим, при выявлении у граждан, проходящих медицинское освидетельствование, патологической ЭЭГ, невролог должен выставлять данный диагноз, несмотря на отсутствие его в МКБ-10. Согласно статье 21 пункту «в» все граждане (графы I-III) признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями. При этом согласно Требованиям к состоянию здоровья отдельных категорий граждан (приложение №1 к приказу МО РФ № 770 от 2014 г.), граждане с наличием эпилептиформной активности на ЭЭГ признаются не годными: - при поступлении на военную службу по контракту на должности, замещаемые солдатами, матросами, сержантами, старшинами по целому ряду военно-учетных специальностей, в определенных воинских частях; - при поступлении на военную службу по контракту и прохождении военной службы по контракту, отбираемых для работы и работающих с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения, микроорганизмами I, II групп патогенности; - при поступлении на военную службу по контракту на должности, замещаемые офицерами, прапорщиками и мичманами, и проходящие военную службу по контракту, отбираемые для службы в ВДВ, морской пехоте, спецсооружениях, плавсоставе; - к обучению в военно-учебных заведениях (включая офицеров).

Согласно положению о ВВЭ (№ 565 - 2013 г) и приложения №2 к приказу МО РФ от 2014 г. № 770, ЭЭГ не входит в перечень обязательных диагностических исследований, проводимых до начала освидетельствования любых категорий граждан. В соответствии с пунктом 107 Методических рекомендаций ГЦ ВВЭ МО РФ от 2015 г обязательное выполнение ЭЭГ требуется только лицам при первом назначении на должности плавсостава подводных лодок.

Таким образом, имеется расхождение между запретом военнослужащих служить в перечисленных родах войск на определенных военно-учетных специальностях, запретом поступать на учебу в ВУЗ при наличии изменений на ЭЭГ и отсутствием обязательного прохождения данного исследования при медицинском освидетельствовании.

Считаем, что граждане при призыве на военную службу, планирующиеся в рода войск и воинские части с показателем предназначения выше Б-4, граждане, поступающие на военную службу по контракту, и военнослужащие, планирующиеся на должности в рода войск и воинские части в которых согласно вышеперечисленным приказам в случае выявления изменений на ЭЭГ предусматривается степень годности - не годен, перед медицинским освидетельствованием в обязательном порядке должны выполнять ЭЭГ. Это предотвратит попадание военнослужащих в части, в которых им на основании приказов запрещено служить по состоянию здоровья, и соответственно снизит риск причинения ущерба своему здоровью и здоровью окружающих связанный с возможным развитием пароксизмальных расстройств сознания. Так же данные меры позволят уменьшить количество военнослужащих, которых приходится увольнять с определенных должностей,при выявлении изменений на ЭЭГ, несмотря на полученный с годами опыт и высокую квалификацию.

Литвиненко И.В., Базилевич С.Н., Емелин А.Ю., Перстнев С.В.*, Андреев Р.В.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Санкт-Петербург, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кафедра нервных болезней, кафедрапсихиатрии**

Оценка тяжести травмы при выставлении первичного диагноза имеет ключевое значение не только для определения тактики ведения больного и прогноза, но и в последующем для определения связи имеющихся у больного неврологических нарушений с перенесенной ранее ЧМТ. Понятие «последствия» черепно-мозговой травмы определяет состояние и остаточные проявления, сохраняющиеся в течение года и более после травмы. К резидуальным последствиям относится комплекс неврологических и нейропсихологических нарушений, объединяемый термином «посттравматическая энцефалопатия».

Сотрясение головного мозга (СГМ) представляет единую клиническую форму травмы мозга, в основе которой лежат функционально обратимые изменения нейронов на клеточно-субклеточном уровне в ответ на воздействие механической энергии. Выявляемые после СГМ общемозговая и очаговая симптоматика носят нестойкий характер и обычно нивелируются к 5-7 дню после травмы. В 80-97% наблюдений сотрясения мозга при адекватном соблюдении режима в остром периоде и отсутствии отягощающих травму обстоятельств завершается выздоровлением пострадавших с полным восстановлением трудоспособности. Однако у части больных по прошествии острого периода отмечаются те или иные проявления посткоммоционного синдрома, обусловленного сложным взаимодействием органических и функциональных изменений интегративных систем лобных и височных долей и психологических факторов. Посткоммоционный синдром – состояние, возникающее после СГМ и проявляющееся стойкой головной болью, снижением внимания и памяти, головокружением, шумом в ушах, снижением слуха, нарушением аккомодации и конвергенции, быстрой утомляемостью, нарушением сна, раздражительностью, депрессией, аффективной лабильностью, апатией, вегетативной дисфункцией. На фоне динамического врачебного наблюдения за военнослужащим и проведения ему курсов амбулаторного (стационарного) лечения через 3-12 месяцев после СГМ эти симптомы исчезают или существенно регрессируют. У сравнительно небольшой части больных (не более 3%) симптомы посткоммоционного синдрома сохраняются даже спустя год и более после травмы (хронический посткоммоционный синдром).

Таким образом, небольшое число военнослужащих, несмотря на функционально-обратимый характер лежащих в основе СГМ изменений, могут иметь последствия травмы в структуре хронического посткоммоционного синдрома. При этом, для принятия экспертного решения, в медицинских документах должна отчетливо прослеживаться причинно-следственная связь предъявляемых жалоб после травмы с повторными обращениями к врачу, военнослужащий должен проходить курсы амбулаторного (стационарного) лечения по данному поводу, иметь трудопотери, а изменение состояния его здоровья должно отрицательно влиять на исполнение обязанностей военной службы. В таком случае, при освидетельствовании, к данному военнослужащему может быть применена статья 25 пункт «г» (приложение к положению о ВВЭ, утвержденному ПП РФ № 565 от 2013 г). При отсутствии данной информации в медицинских документах более 2 лет после перенесенного СГМ, военнослужащего необходимо считать выздоровевшим, а при формировании свидетельства о болезни факт травмы необходимо указать в анамнезе (пункт 9) с последующей формулировкой - «в дальнейшем жалоб не предъявлял, за медицинской помощью не обращался». Использование статьи 25 «г» в таком случае является необоснованным.

Литвиненко И.В., Красаков И.В.

РАССТРОЙСТВО ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Расстройство фазы быстрого сна (ФБС) чаще всего сопряжено с синуклеинопатией: при болезни Паркинсона (БП)данная патология встречается в 30-50 % случаев, при болезни диффузных телец Леви – в 50-80 % и от 80 до 95 % – при мультисистемной атрофии (МСА). Согласно теории Braak, вовлечение в патологический процесс ядер ствола, ответственных за генерацию ФБС, происходит еще до повреждения черной субстанции, в связи с чем данное расстройство может предшествовать развитию двигательной симптоматики. В настоящее время расстройство ФБС включено в список биомаркеров, позволяющих проводить диагностику синуклеинопатии на премоторной стадии с целью возможного в перспективе недопущения развития или замедления ее прогрессирования. К сожалению, в настоящее время отсутствуют препараты с доказанным действием, позволяющие препятствовать развитию синуклеинопатии в случае ее диагностики на ранней стадии. В связи с этим, сегодня более важным для практикующего невролога остается вопрос ранней дифференциальной диагностики уже развившегося паркинсонизма.

В случае первичного обращения пациента с паркинсонизмом в сочетании с расстройством ФБС следует задуматься о синуклеинопатии иисключить таупатии (прогрессирующий надъядерный паралич, кортикобазальная дегенерация), а также вторичный паркинсонизм. Согласно европейским рекомендациям по диагностике болезни Паркинсона, выявление у пациента расстройства ФБС указывает на наличие синуклеинопатии и позволяет считать эссенциальный и дистонический тремор маловероятными. На первый взгляд может показаться, что ценность диагностики данного расстройства не так высока, однако дифференциальная диагностика именно эссенциального и дистонического тремора, а также вторичного паркинсонизма вызывают больше всего проблем при первичном осмотре пациента. Выявление расстройства ФБС у пациента с БП позволяет предсказать дальнейшее течение заболевания. Считается, что у пациентов, страдающих БП с расстройством ФБС, выраженность тремора незначительна, и он не является основным инвалидизирующим фактором. В то же время, у таких больных отмечается более быстрое прогрессирование двигательных расстройств (большая стадия заболевания по шкале Хен/Яра, высокий балл по шкале UPDRS, выраженные моторные флуктуации), чаще развиваются падения, застывания. Также отмечается более низкая эффективность дофаминергической терапии у пациентов с БП с расстройством ФБС. Учитывая вышеперечисленные особенности, высказано предположение, что нейродегенеративный процесс у пациентов с БП с расстройством ФБС во многом похож на мультисистемную атрофию. Если принять во внимание большую частоту встречаемости расстройства ФБС при МСА чем при БП (80-95 % и 30-50 %, соответственно), то выявление расстройства ФБС у пациента с ранее установленным диагнозом БП должно заставить врача задуматься о стриатонигральном типе МСА.

Безусловно, полисомнографическое исследованиеостается золотым стандартом диагностики расстройства ФБС, однако в рутинной практике достаточно использовать опросник, включающий лишь один вопрос: «Вам когда-нибудь рассказывали или Вы сами подозреваете, что содержание Ваших сновидений проявляется в виде движений руками или ногами во время сна (например, удары, махи руками, имитация бега)?». Данный опросник показал 94 % чувствительность и 87 % специфичность.

Таким образом, выявление расстройства ФБС должно быть включено в алгоритм диагностики паркинсонизма.

Литвиненко И.В., Юрин А.А., Воробьев С.В., Труфанов А.Г.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОДЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Цель:оценить уровень дисфункции холинергической нейромедиаторной системы при посттравматических когнитивных нарушениях с помощью транскраниальной магнитной стимуляции методом измерения SAI.

Материал и методы:нами был обследован38 пациент с когнитивными нарушениями в периоде последствий черепно-мозговой травмы средней и тяжелой степени тяжести. Средний возраст составлял 35±14 лет. Всем пациентам выполнялся клинический и неврологический осмотр, краткая шкала оценки психического статуса, методика «батарея исследования лобной дисфункции», методика рисования часов, символьно-цифровая проба, методика «10 и 5 слов», методика таблиц Шульте. Для исключения эмоциональных и поведенческих нарушений, способных приводить к развитию когнитивной дисфункции, были использованы 2 рейтинговых субшкалы Гамильтона, направленные на выявление депрессии и тревоги.Всем пациентам выполнялась транскраниальная магнитная стимуляция с оценкой коротколатентого афферентного торможения. Для ее измерения оценивалось отношение амплитуды моторного ответа, вызванного стимуляцией одинарным магнитным импульсом интенсивностью 110% порога моторного ответа и амплитуды моторного ответа, вызванного стимуляцией магнитным импульсом той же интенсивности, которому предшествует электрическая стимуляция срединного нерва предплечья.

Результаты:Проведенное обследование выявило сильную корреляцию показателя коротко-латентного афферентного торможенияи результатов нейропсихологического тестирования. Так, в группе контроля уровень коротколатентного афферентного торможениясоставлял 35±18%. В группе пациентов с умеренными когнитивными нарушениями уровень коротколатентного афферентного торможения составлял 73±7,6%, а в группе пациентов с деменцией – 95±3,4%. Причем уровень коротколатентного афферентного торможения сильнее коррелировал с оценкой по шкаламFAB (r=0,78) и символьно-цифровой пробе (r=0,83), отражающим исполнительные функции, чем с оценкой по шкалам, направленным на оценку памяти, внимания и зрительно-пространственного восприятия.

Выводы:Нами получены данные о значимом вкладе дисфункции холинергической нейромедиаторной системы в формирование когнитивного дефицита при посттравматической энцефалопатии. В исследованиях зарубежных коллег показана ценность исследования коротколатентного афферентного торможения как предиктора эффективности антихолинэстеразных препаратов. Выявление закономерностей изменения возбудимости по данным транскраниальной магнитной стимуляции позволяет получить данные о патогенезе формирования когнитивных и двигательных нарушений при черепно-мозговой травме, повысить эффективность их диагностики и лечения, прогнозировать целесообразность терапии препаратами различных фармакологических групп.

Литвиненко И.В., Юрин А.А., Воробьев С.В., Труфанов А.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Травматические повреждения головного мозга представляют одну из наиболее актуальных форм неврологической патологии. Среди травм центральной нервной системы наиболее часто встречается сотрясение головного мозга. Транскраниальная магнитная стимуляция – неинвазивная методика, позволяющая напрямую стимулировать нейроны коры головного мозга. С ее помощью оценивается нейропластичность, функциональное состояние нейронов коры, активность и сохранность различных нейромедиаторных систем.

Цель исследования: оценить клиническую картину и нейрофизиологические показатели у пациентов в остром периоде сотрясения головного мозга.

Материалы и методы: нами были обследованы 35 пациентов с сотрясением головного мозга в остром периоде травмы. В качестве группы контроля обследовано 30 пациенты без патологии центральной нервной системы. Всем исследуемым выполнялся стандартный неврологический осмотр, проводилось нейропсихологическое тестирование с использованием методик «краткой шкалы оценки психического статуса», «батареи лобной дисфункции», методики использования таблиц Шульте и шкалы оценки астении. Кроме того, с помощью магнитной стимуляции измерялся порог моторного ответа, амплитуда моторного ответа, показатели времени центрального моторного проведения и показатель коротколатентного афферентного торможения.

Результаты: при обследовании пациентов основные жалобы составляли общая слабость, нарушение внимания и памяти. Однако при выполнении тестов, направленных на оценку когнитивного статуса, в подавляющем большинстве случаев (91%) нарушений выявлено не было. В то же время при оценке уровня астении по шкале ШАС у пациентов с сотрясением головного мозга выявлялась астения от слабой (29%) до умеренной (49%) степени выраженности.

Показатели порога моторного ответа, амплитуды моторного ответа и времени центрального моторного проведения находились в пределах нормальных значений, но у 85% пациентов с сотрясением головного мозга наблюдалась асимметрия времени центрального проведения с его уменьшением на стороне травмы.

При оценке коротколатентного афферентного торможения выявлялась значимая вариабельность амплитуд моторных ответов с увеличением относительного показателя отношения амплитуды моторного ответа после парных импульсов, что косвенно указывает на вовлеченность холинергической медиаторной системы в формирование клинической картины острого периода сотрясения головного мозга.

Выводы: клиническая картина сотрясения головного мозга в остром периоде складывается из клинических синдромов, из которых одним из основных является астенический синдром. Данные транскраниальной магнитной стимуляции указывают на истощение тормозных механизмов, что отражается в уменьшении времени центрального моторного проведения. Показатель коротколатентного афферентного торможения изменен по сравнению с группой контроля и косвенно указывает на дисфункцию центральных холинэргических систем. Таким образом, методика транскраниальной магнитной стимуляции позволяет оценить нарушение отдельных нейромедиаторных систем и назначать патогенетическое лечение с учетом этих данных.

Литвинцев Б.С., Воробьева М.Н.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Полиневропатия является одним из наиболее частых заболеваний, сопутствующих наркомании. Несмотря на это, изучению предикторов развития полиневропатии у наркозависимых лиц уделено недостаточное внимание, электронейромиография (ЭНМГ) в исследовательских целях при наркомании применяется крайне редко. В доступных зарубежных источниках неврологические расстройства при наркомании в основном рассматриваются только на синдромальном уровне, часто ограничены описанием одного или двух случаев, а симптомы поражения нервной системы не описываются.

В работе использованы результаты неврологического осмотра 95 потребителей психоактивных веществ. Средний возраст обследованных составил 32,5±5,2 лет (от 18 до 44 лет). ЭНМГ была выполнена 66 потребителям наркотиков.

Наличие субъективных проявлений поражения периферической нервной системы у наркозависимых лиц удавалось выявить только при расспросе. Симптомы полиневропатии преимущественно проявлялись снижением вибрационной (n=51; 53,7%) и изменением болевой чувствительности на ногах (n=61; 64,2%) и на руках (n=48; 50,5%). На развитие расстройств чувствительности оказывали влияние длительность употребления опиоидов более 5 лет и алкоголизация. Снижение мышечного тонуса у всех пациентов (n=20) носило диффузный характер и всегда сочеталось с признаками расстройств глубокой и поверхностной чувствительности. У 11 пациентов (11,6%) выявлено незначительное снижение мышечной силы и тонуса в конечностях, сочетавшееся с повышенной утомляемостью мышц и гипотрофиями. Все пациенты с признаками периферических парезов относились к потребителям героина.

Выполнение ЭНМГ обнаружило признаки полиневропатии у 52 (78,8%) пациентов, симметричное поражение малоберцовых нервов наблюдалось наиболее часто (n=51; 77,3%). Смешанный вариант полиневропатии (аксоно- и миелинопатия) наблюдался у 22 обследованных пациентов (33,3%), изолированная миелинопатия наблюдалась у 30 наркозависимых (45,4%). Признаки полиневропатии, связанной с поражением всех исследованных нервов, отмечались у 22 обследованных (33,3%), достоверно чаще выявлявшиеся у лиц с длительностью употребления героина более 10 лет ($p<0,001$). Легкая степень невропатии встречалась в 51,5% случаев (n=34), умеренная степень – в 43,9% случаев (n=29), а выраженная – в 15,2% случаев (n=10). На развитие легкой полиневропатии достоверное влияние оказывала длительность наркотизации героином ($p=0,01$). Невропатии средней степени тяжести достоверно чаще сопутствовали употребление алкоголя и инъекционных амфетаминов ($p<0,05$). Длительность наркотизации опиоидами при невропатии тяжелой степени достоверно чаще превышала 5 лет ($p<0,05$). Миелинопатия наблюдалась у абсолютного большинства пациентов (n=52; 78,8%), а аксонопатия развивалась менее, чем у половины наркозависимых (n=22; 33,3%).

Поражение периферической нервной системы у потребителей психоактивных веществ протекает по типу хронической смешанной сенсомоторной полиневропатии и выявляется на субклиническом уровне. Полиневропатия имеет более выраженный характер при опиоидной наркомании и подтверждается электронейромиографическими признаками миелинопатии и аксонального повреждения периферических нервов. Особенностью выявления полиневропатии явилась диссоциация между предъявляемыми жалобами на расстройства чувствительности, клинической картиной обнаруживаемых полиневритических расстройств и объективными электрофизиологическими данными, отражавшими картину поражения периферических нервов.

Литвинцев Б.С., Литвинцев С.В.*, Ефимцев А.Ю.**, Балан В.Г.

О ВАЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ИЗУЧЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЯХ

*г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней, **кафедра рентгенологии*
*г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, *кафедра социальной психиатрии и клинической психологии*

В последнее время проблема аддиктивного поведения человека приобрела особую социальную значимость в большинстве развитых стран мира, в том числе и в России. В связи с повсеместной компьютеризацией, появлением большого количества социальных сетей и других средств беспроводного общения, игорных клубов, заведений общественного питания, салонов красоты, брендовых магазинов и пр. повышается частота развития неврозоподобных и психопатоподобных состояний, связанных с развитием нехимических зависимостей. Наиболее распространенными из них являются компьютерная зависимость, зависимость от социальных сетей, лудомания, шопоголизм, трудоголизм, пищевая зависимость, адреналиномания, сексуальная зависимость, танорексия (зависимость от загара), зависимость от физических упражнений и пр. Главной особенностью всех этих зависимостей является отсутствие химического вида агента. Нехимические зависимости в сравнении с наркоманией и алкоголизмом, безусловно, представляют собой значительно меньшую социально-экономическую угрозу, однако медицинские последствия таких аддикций в ряде случаев могут быть не менее тяжелыми, приводя к формированию не только девиантного поведения, но и выраженных соматоневрологических нарушений.

Рассматривая различные аспекты негативного влияния данных состояний на нервно-психическое и соматическое здоровье, необходимо отметить, что кроме «выпадения» человека из общественной жизни, нехимические зависимости часто сочетаются с химическими зависимостями и другими психическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями аффективной сферы, психопатизацией личности различной глубины, неврозоподобными расстройствами и когнитивными нарушениями. Формирование грубых психоневрологических нарушений при нехимических аддикциях, как правило, вторично и, возможно, протекает по нескольким механизмам, ведущим из которых представляется нарушение нейромедиации на фоне выраженного эмоционального напряжения. Кроме того, психические расстройства могут дебютировать уже на фоне ранее сформировавшейся нехимической зависимости, при этом психопатологические синдромы пограничного уровня (невротические, психопатические) и собственно аддиктивные расстройства, развивающиеся и протекающие, как правило, параллельно и относительно изолированно друг от друга, имеют общие этиологические и патогенетические звенья своего развития.

Имеющиеся литературные данные и результаты собственных наблюдений позволяют предполагать, что последствия патологических увлечений в рамках нехимических аддикций отрицательно сказываются на психическом и соматоневрологическом здоровье человека. Тем не менее механизмы их возникновения и патогенез пока изучены недостаточно, а существующие данные о причинах развития и характере течения нехимических аддикций требуют формирования серьезной доказательной базы, подкрепленной не только психиатрическим осмотром, но и клинико-неврологическими и современными нейровизуализационными исследованиями.

Наши исследования по данной проблеме позволяют предполагать, что применение магнитно-резонансных методик в сравнительной оценке церебральных изменений при различных зависимостях окажется весьма эффективным при изучении данной патологии. В свою очередь, это скажется самым положительным образом на качестве проводимых лечебно-профилактических мероприятий у лиц с подтвержденным аддиктивным поведением.

Литвинцев Б.С., Путилина Д.А.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КОКАИНА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Кокаин - это алкалоид, выделяемый из листьев кустарника коки (Erythroxyloncoca). Он является сильнодействующим стимулятором ЦНС, действуя через взаимодействие с нейромедиаторами – дофамином, норадреналином и серотонином. Кокаин блокирует обратное поглощение норадреналина и дофамина и также препятствует обратному захвату серотонина. Кокаин наряду с опиоидами признан наркотическим средством, употребление которого представляет собой значительную социально-экономическую угрозу. Кроме того, медицинские последствия, связанные с употреблением кокаина, являются наиболее опасными из-за высокого риска инвалидизации и смертности.

Острое отравление кокаином вызывает ряд характерных клинико-неврологических проявлений, называемых симпатомиметическим синдромом. При кокаиновом опьянении наряду с дисфункциональным поведением, эйфорией и половым возбуждением могут наблюдаться тахикардия, аритмии, гипертензия, гипертермия, потливость и ознобы, тошнота, рвота, потеря веса, мидриаз, психомоторная ажитация или заторможенность, боли в груди и судороги. Кокаин вызывает эйфорию за счет усиления действия дофамина на прилежащее ядро. Гипертензия и тахикардия являются результатом стимуляции периферических α-адренергических рецепторов и действия на уровне гипоталамуса. Гипертермия обусловлена выделением тепла из-за психомоторного возбуждения, прямым действием на терморегуляторные центры в гипоталамусе и уменьшением теплоотдачи за счет сужения сосудов. Со стороны ЦНС могут наблюдаться осложнения в варианте преходящих нарушений мозгового кровообращения, ишемические или геморрагические инсульты и субарахноидальные кровоизлияния. Эпилептические припадки являются широко известным признаком острой интоксикации кокаином и, как правило, представлены генерализованными тонико-клоническими судорогами. Острое отравление кокаином может привести к смерти вследствие паралича дыхательного центра.

Хроническая интоксикация кокаином приводит к прогрессирующей интеллектуальной и моральной деградации, теряется трудоспособность, появляется апатия, ослабляется память. Отмечаются расстройства чувствительности. У больных вне интоксикации возникают головные боли, мелкий тремор рук, век, языка, головы, усиливающийся при эмоциональном напряжении. Отмечаются отдельные легкие мышечные подергивания, в основном рук и головы. Наблюдаются судорожные сведения икроножных мышц, особенно по ночам. Сухожильные рефлексы высокие, зоны их расширены. Выявляется горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок, вялость зрачковых реакций. Основная причина смерти у кокаиновых наркоманов - суицид.

Таким образом, опираясь на выше представленные обобщенные знания о механизме действия кокаина, а также о последствиях острой интоксикации и хронического употребления нельзя исключить, что грубая нервно-психическая патология среди лиц молодого возраста в ряде случаев может быть связана с употреблением кокаина, что требует подробного изучения наркологического анамнеза у таких больных с последующим привлечением психиатра-нарколога.

Литвинцев Б.С., Харин А.Д., Ефимцев А.Ю.*

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней, *кафедра рентгенологии*

Токсические поражения головного мозга возникают в случаях отравления токсинами и ядами различного происхождения и сопровождаются нарушением функций ЦНС. К веществам, способным вызвать повреждение мозговых тканей традиционно относят пестициды, продукты нефтеперегонки, соли тяжёлых металлов, химические составы бытового предназначения, нейротропные медицинские препараты (снотворные, транквилизаторы), ртуть, свинец, мышьяк, марганец, спиртосодержащие жидкости,наркотические средства и психотропные вещества (опиоиды, амфетамины, каннабиноиды, галлюциногены, летучие растворители), бактериальные токсины и т.д.

Для диагностики состояния пациента, кроме неврологического осмотра, применяют дополнительные нейрофункциональные исследования инейровизуализационные методики. Однако несмотря на различную направленность представленных методик, наиболее информативной является магнитно-резонансная томография (МРТ).При токсическом поражении головного мозга на МРТ часто выявляется картина диффузной интоксикационной атрофии, проявляющейся стиранием границы между серым и белым веществом мозга, также могут наблюдаться мелкие точечные кровоизлияния, почти всегда удается выявить увеличение объёма желудочков головного мозга, указывающее на состояние отечности головного мозга. Нередко нейровизуализационная картина при токсической энцефалопатии характеризуется повышением интенсивности сигнала в области проекции медиального сегмента бледного шара и ретикулярной части черной субстанции на Т1-взвешенных изображениях МРТ головного мозга.МРТ является эффективным методом выявления очагов глиоза и лейкоареоза в веществе головного мозга, появление которых, вероятно, вызвано рядом причин, ведущей из которых представляется острая гипоксией на фоне интоксикации.

Кроме того, МРТ головного мозга высоко информативна при выявлении структурного поражения базальных ганглиев и подтверждении накопления соединений марганца в подкорковых структурах, вызванной употреблением суррогатных психоактивных веществ, содержащих марганец. Важно указать, что диагностика повреждения базальных ганглиев достоверна в ранние сроки после дебюта неврологической симптоматики (до 1-1,5 лет). В последующем, несмотря на прогрессирование клинических проявлений, представленных, как правило, экстрапирамидными нарушениями, частота выявления гиперинтенсивности сигнала от базальных ганглиев существенно снижается.

При выполнении анализа научных работ, направленных на изучение частоты встречаемости структур головного мозга, подвергающихся поражению при токсической энцефалопатии, оказалось, что наиболее часто повреждаются ствол и вестибулярный аппарат, реже – мозжечок и экстрапирамидные образования.

Таким образом, применение магнитно-резонансной томографии у больных с токсической энцефалопатией, является высокоинформативным методом диагностики характера повреждения головного мозга, а выраженность обнаруживаемых изменений требует повторного МР-контроля за состоянием головного мозга таких пациентов, особенно в случаях положительной или отрицательной динамики развития неврологических расстройств.Динамическое МР-исследование головного мозга у пациентов с токсической энцефалопатией рекомендуется проводить не реже 1 раза в год.

ЛитвинцевБ.С., ШерматюкЕ.И., ЕфимцевА.Ю.*

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ

*г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней, *кафедра рентгенологии*

С начала XXI века объем и интенсивность тренировочных и соревновательных нагрузок значительно возросли, в связи с чем профессиональные спортсмены вплотную подошли к пределу физиологических возможностей организма. При этом витаминная и пищевая неполноценность многих продуктов питания в сочетании с повышенной физической активностью спортсменов, необходимость проведения восстановительных и профилактических мероприятий, быстрое приспособление организма к тяжелым физическим и психоэмоциональным нагрузкам, переездам в иные климатические условия и часовые пояса, а также множество иных причин диктует необходимость применения дополнительных пищевых добавок и допинговых средств. В настоящее время к допинговым средствам относят психостимуляторы, наркотические анальгетики, бета-блокаторы, диуретики и анаболические стероиды, которые приобрели наибольшую популярность среди лиц, занимающихся культуризмом и силовыми видами спорта. Большинство анаболических стероидов официально недоступны, поэтому чаще всего их употребление является нелегальным, в связи с чем спортсмены сознательно избегают должного врачебного контроля за состоянием своего здоровья. Кроме того, развитие фитнес-индустрии, дополненное огромным количеством журналов с рекламой быстрого развития красивого тела, привело к появлению спортсменов-любителей, также злоупотребляющих приемом гормональных препаратов, часто нелегально поставляемыми на территорию России. Несмотря на то, что бесконтрольное употребление анаболических стероидов не является зависимостью (F55.5), длительный и необоснованный прием допинговых средств в последнее время признается вариантом химической аддикции.

Учитывая актуальность и недостаточную изученность изложенной проблемы, на базе Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова выполняется исследование, направленное на выявление и оценку характера неврологических расстройств у потребителей анаболических стероидов. В исследование включено 14 мужчин, средний возраст 22,4±2,1 года. Всем пациентам проведено анкетирование, раскрывающие время начала и окончания приема анаболических стероидов, выполнены неврологический и психиатрический осмотры, традиционная и функциональная магнитно-резонансная томографии (МРТ) головного мозга на магнитно-резонансном томографе “VantageTitan” (“Toshiba”, Япония).

При опросе наркологического анамнеза удалось выяснить, что 3 пациента эпизодически употребляли кокаин и фенамин, 2 пациента сочетали употребление психостимуляторов и анаболических стероидов с эпизодическим курением марихуаны. При визуальном осмотре у 9 (64,2%) потребителей анаболических стероидов наблюдалась гинекомастия. На этапе выполнения неврологического осмотра у 7 (50,0%) исследуемых лиц были выявлены признаки неврозоподобных расстройств: эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, гипергидроз, стойкий разлитой дермографизм, симптом Хвостека, повышенный фон глубоких рефлексов и пр. По результатам традиционной МРТ у 4 (28,6%) пациентов были обнаружены кистообразные образования в структурах головного мозга. При проведении функциональной МРТ головного мозга в 10 (71,4%) случаях выявлялись очаги активации в лобной доле, мосту и гиппокампе.

Таким образом, употребление допинговых средств, возможно, является своеобразным предрасполагающим фактором к развитию других форм химических аддикций, связанных с отравлением наркотическими веществами. Выявленные неврологические нарушения, вероятно, связаны с психосоматической патологией, сопутствующей бесконтрольному употреблению допинговых средств.

Лобачев А.В.[1],Еричев А.Н.[2], Корнилова А.А.[3]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЧАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПСИХОТЕРАПИИ

[1] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова*

[2] *Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*

[3]*Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет*

Использование чтения книг с лечебной целью началось в России еще в XIX веке (И. Е. Дядьковский, 1836), но термин вошел в употребление в 20-е годы XX в. в США. Первоначально под «библиотерапией» понималось использование только специально подобранных художественных произведений, но в последние 20 лет начали активно внедряться специально написанные работы. В результате публикуются печатные материалы для больных, ориентированные на применение при определенных психопатологических состояниях (например: тревоге, депрессии, алкогольной зависимости, зависимости от никотина и т.д.).

В литературе освещены четыре метааналитических исследования материалов для самопомощи (Scogin F. [et al.], 1990; Gould R. A, Clum A.A, 1993; Marrs R., 1995; Cuijpers P. 1997). Результаты этих исследований подтвердили эффективность использования печатных материалов. Так, в исследовании P. Cuijpers (1997) было показано, что эффективность терапии, включающей библиотерапию (с минимальным участием психотерапевта), в сравнении с контрольной группой оказывается большей. Практический опыт показывает, что их использование дает неоспоримые преимущества.

Пациенты не только занимаются в индивидуальном или групповом формате с психотерапевтом, но и параллельно самостоятельно работают с печатными материалами. В результате психотерапевт экономит время сессий, вынося значительную часть работы во «внеурочное» время. Еще одним несомненным плюсом является невольное усиление «авторитетности» позиции психотерапевта и обоснованности высказываемых им рекомендаций, особенно на начальных этапах профессиональной деятельности. Использование печатных материалов также помогает увеличить охват психотерапевтической помощью пациентов конкретного лечебного учреждения.

С развитием современных технологий печатные материалы всё чаще начинают использоваться параллельно с он-лайн формами психологического консультирования. Их применение положительно влияет на приверженность терапии, снижая тревогу перед неизвестностью лечебного процесса.

Наконец, привлечение печатных материалов помогает не только в психотерапевтической работе, но и в обучении новых специалистов, выработке критериев оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Преимущества использования печатных материалов:

5. Упорядочивается процесс психотерапии.
6. Уменьшаются временные затраты психотерапевта.
7. Формируется более активная позиция пациента в процессе психотерапии.
8. Растет охват психотерапевтической помощью.

Лобачев А.В.[1], Родионов Е.О.[1], Еричев А.Н.[2]

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия[1]

Санкт-Петербург, институт им. В.М. Бехтерева[2]

Проблема диагностика расстройств адаптации возникла с момента официального признания этого диагностического критерия (МКБ-9, 1978). Несмотря на спорность этого термина, он был сохранен и при создании МКБ-10 ввиду «практической полезности» (P.Casey, 2001). Диагноз данного расстройства зависит от тщательной оценки соотношения между несколькими факторами: форма, содержание и тяжесть симптоматики; анамнез и особенности личности; психотравмирующие события и другие кризисные эпизоды повседневной жизни. При этом часто возникают сложности при дифференциации между различными проявлениями расстройств адаптации и нормальными реакциями приспособления. Поэтому некоторые авторы (Fard et al., 1979) называют его «диагнозом мусорной корзины», который используют исходя из таких расплывчатых и всеохватных критериев, что он становится бесполезным. Исследования проведенные некоторыми авторами (Snyder et al., 1990; Despland et al., 1995) показали, что пациенты с расстройствами адаптации отличаются от лиц без психиатрического диагноза или с диагнозом аффективных расстройств по многим параметрам, включая различия в природе психотравмирующего воздействия по сравнению с другими аффективными расстройствами. Кроме того, отмечались также различия в индивидуальной предрасположенности или уязвимости, как в плане социальной изоляции (Snyder et al., 1990).

С целью изучения проблемы расстройств адаптации у военнослужащих, нами начато исследование особенностей диагностики данных расстройств. На первом этапе исследования было изучено более 1000 историй болезней военнослужащих Западного военного округа, госпитализированных по поводу расстройств адаптации в психиатрические стационары за период с 1986 г. по 2015 г.При изучении историй болезни возникали проблемы диагностических определений, так как в изучаемый период происходила смена международных классификаций расстройств. Кроме того, существуют значимые различия в формулировках диагнозов для вынесения экспертного решения о здоровье военнослужащих и международной классификации болезней.

Средний возраст военнослужащих на момент госпитализации составил 32±13,5 (в годах), что свидетельствует о значимых возрастных особенностях при развитии данных расстройств. В 72,1% случаях госпитализация была первичной, однако данный показатель не является объективным, так как из-за особенностей проведения военно-врачебной экспертизы для военнослужащих по призыву, в 9,6% первичных госпитализаций военнослужащих увольняли по болезни. Кроме того, в 34,1% случаях первичных госпитализаций, после наблюдения за пациентами, диагноз расстройство адаптации был изменен на другие. Чаще всего, устанавливался диагноз, свидетельствующий о затяжном течении расстройства. А при повторной госпитализации изменение первичного диагноза происходило уже в 45,1% случаев.

Таким образом, анализ показывает, что в настоящее время существует проблема применения данной диагностической рубрики для военнослужащих, зачастую из-за отсутствия валидизированного психодиагностического инструментария. Такое положение дел приводит к частому использованию данной диагностической рубрики как этапной и соответственно требует более пристального научного изучения.

Лобзин В.Ю., Воробьёва М.Н., Цыплаков О.В.

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СРАВНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ И НИЗКОЧАСТОТНОЙ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Введение.В настоящее время достаточно ограниченные возможности терапевтического воздействия на течение нейродегенеративных заболеваний и, в частности, болезни Альцгеймера (БА), дополнены появлением и постепенным внедрением в клиническую практику ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС). Для терапевтических целей применяют два основных режима рТМС: низкочастотная и высокочастотная. При низкочастотной магнитной стимуляции происходит снижение возбудимости нейронов коры головного мозга, а при высокочастотной – её повышение. Низкочастотная стимуляция (< 1 Гц) приводит к отсроченному тормозному воздействию на соответствующие зоны мозга, а высокочастотная стимуляция (> 5 Гц) характеризуется возбуждающим действием. Среди работ, посвященных применению рТМС в терапии болезни Альцгеймера, особое внимание уделяется рТМС дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК), а также имеются данные о стимулировании центров Брока, Вернике и других функционально значимых для реализации когнитивных функций областей коры головного мозга.

Цель. Определение наиболее эффективной методики рТМС для возможного терапевтического воздействия на больных с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы. В нашем исследовании для сравнения мы проводили высокочастотную (10 Гц) и низкочастотную (1 Гц) рТМС у пациентов с вероятной БА, которым применяли двустороннее стимулирование ДЛПФК. Десять пациентов (средний возраст 61,8±2,3 года) с диагнозом вероятной БА по критериям NINDS-ADRDA (8 от легкой до умеренной, 2 с тяжелой) были разделены на 2 группы: 5 пациентов получали высокочастотные методы лечения (10 Гц), 5 пациентов получили низкочастотные (1 Гц). Пациентам проводили ежедневные сеансы рТМС в течение 6 дней. Причем, в 1,3,5 дни стимулировали правую половину головного мозга, в остальные дни – левую. Анализ проводили до и после лечения, а также через 3 месяца после последней сессии. Для оценки эффективности терапии мы использовали следующие нейропсихологические методики:MMSE, FAB. Исходные нейропсихологические данные: у пациентов с легкой БА: MMSE = 22,5±3,2 балла; FAB = 14,3±0,8 баллов; у пациентов с умеренной БА: MMSE = 15,5±2,2 баллов; FAB = 8,9±0,6 баллов; у пациентов с тяжелой БА: MMSE = 6,5±3,6 баллов; FAB = 4,1±2,5 баллов.

Результаты.По результатам лечения через 3 месяца проведено повторное нейропсихологическое исследование. Отмечено улучшение по всем показателям шкал MMSE (24,5±2,8 баллов), FAB (14,8±0,6 баллов) для высокочастотных методов стимуляции у пациентов с легкой БА. Показатели при умеренной БА: MMSE = 17,8±1,4; FAB = 10,2±0,4. У больных с тяжелой болезнью Альцгеймера улучшения не наблюдали: MMSE = 7,3±0,8; FAB = 4,3±0,8. Применение высокочастотной рТМС оказывало более выраженное позитивное влияние по всем шкалам, по сравнению с терапией низкочастотной рТМС.

Выводы.Таким образом, лечение больных с болезнью Альцгеймеравысокочастотной магнитной стимуляцией потенциально является высокоэффективным на стадии легкой и умеренно тяжелой деменции.

Лобзин В.Ю., Колмакова К.А.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРЕМОРБИДНЫХ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА МАНИФЕСТАЦИЮ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Под постинсультными когнитивными нарушениями понимают любые интеллектуально-мнестические расстройства, имеющие причинную и временную связь с перенесенным инсультом, а именно в первые 3 месяца после острого нарушения мозгового кровообращения (ранние ПИКН) или не регрессируют на фоне терапии в течение 3 месяцев и отмечаются в более поздние сроки, но позднее года после инсульта (поздние ПИКН). Установлено, что у 65% больных, перенесших инсульт любого подтипа, выявляются когнитивные нарушения, через год у 20% развивается деменция, а через 5 лет – уже у 50% больных. При этом причинами ПИКН может быть как следствие декомпенсации существующей у пациента до развития острого ишемического события болезни Альцгеймера, так и собственно сосудистая деменция. В обновленных критериях AHA/ASA для диагностики сосудистой деменции (GorelickP., 2011) указывается на невозможность постановки диагноза вероятной сосудистой деменции у пациентов с предшествующими клиническими признаками нейродегенеративных когнитивных нарушений. Традиционно при оказании помощи больному с инсультом, анамнестические данные о наличии когнитивных расстройств учитываются слабо. Исследование H. Braak и соавт. (1991) и ряд других морфологических исследований, показали, что отложение ß-амилоида в паренхиме мозга, повышение уровня тау-белка в ЦСЖ, гибель нейронов при болезни Альцгеймера начинаются за длительное время до появления первых клинических признаков заболевания и, тем более, до развития деменции. Таким образом, совершенно очевидно, что ряд пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, имели пока еще клинически не проявляющуюся болезнь Альцгеймера. У таких больных острое нарушение мозгового кровообращения приведет к клинической манифестации ранее асимптомной или доклинической болезни Альцгеймера. Таким образом, можно предположить, что при наличие факторов риска развития болезни Альцгеймера на фоне острого нарушения мозгового кровообращения, ПИКН будут наиболее выражены.

В этой связи при лечении больного в острой стадии инсульта необходимо учитывать необходимость не только вторичной профилактики развития ишемического инсульта, но и развития когнитивных расстройств. Поэтому целесообразно анализировать не только собственно «сосудистые» факторы риска, но и нейродегенеративные, и проводить их специфическую коррекцию. В частности, всем больным показано выполнение оценки уровня гомоцистеина в плазме крови, генетического фенотипирования аполипопротеина Е, и при отсутствии грубых нарушений основных высших корковых функций проведение нейропсихологического исследования.

Нейропсихологическая диагностика позволяет дифференцировать первично нейродегенеративный и цереброваскулярный генез интеллектуально-мнестических расстройств на основании выявления специфического амнестического либо дизрегуляторного паттерна таких нарушений. Кроме того, когнитивные нарушения, имеющие непосредственную связь с инсультом, отличаются постоянным или регрессирующим течением, в то время как когнитивные нарушения, причиной которых является болезнь Альцгеймера, неуклонно прогрессируют спустя 3 месяца после инсульта. Соответственно, терапия в постинсультном периоде у таких пациентов должна включать антихолинэстеразные препараты и антагонисты NMDA-рецепторов из группы блокаторов ионных каналов. Всем пациентам, перенесшим острый ишемический инсульт, показано нейропсихологическое обследование в динамике через 1, 3, 6 месяцев и 1 год для своевременного выявления развивающихся когнитивных нарушений и деменции.

Лысанюк М.В., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Вопросы диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы (НЭО ПЖ) все чаще являются предметом широкой дискуссии врачей различных специальностей, что обусловлено стойкой тенденцией в увеличении выявления данных новообразований. Несмотря на достигнутые успехи в понимании биологии НЭО ПЖ, совершенствовании методов лабораторно-инструментальной диагностики, проблема выбора рационального варианта их лечения остается актуальной.

Цель исследования – изучить современные возможности диагностики и лечения больных НЭО ПЖ.

Проведен анализ результатов обследования и лечения 132 больных НЭО ПЖ. Инсулинома диагностирована у 73 пациентов, гастринома – у 43, нефункционирующие опухоли – у 13, редкие виды опухолей (глюкоганома, випома) – у 3. Обследование больных проводилось с применением гормональных (иммунореактивный инсулин, С-пептид, гастрин, хромогранин А), функциональных (проба с голоданием, оценка желудочной секреции), инструментальных (УЗИ, Эндо-УЗИ, КТ, МРТ, ангиография) и морфологических исследований (световая и электронная микроскопия, иммуногистохимия). Хирургическое лечение проведено у 97% больным.

Трудности догоспитальной диагностики функционирующих НЭО ПЖ обусловлены схожестью их клинических проявлений с рядом психоневрологических и гастроэнтерологических заболеваний, что существенно удлиняет сроки их выявления. Учитывая отсутствие специфических клинических проявлений нефункционирующих НЭО, пациенты нередко обращаются за медицинской помощью с генерализованным онкологическим заболеванием.

Гормональные исследования в большинстве случаев позволяют выявить характерные эндокринные нарушения у больных функционирующими НЭО ПЖ. Вместе с тем, оценка хромогранина-А, как специфического маркера НЭО, недостаточно эффективна у больных с локализованными опухолями. Современные неинвазивные методы визуализации (СКТ, МРТ) не решают проблему топической диагностики, что связано с малыми размерами НЭО ПЖ, нередко мультицентрическим их ростом. Вместе с тем использование высокоинформативных сцинтиграфических методов диагностики (октреосконирование, сцинтиграфия с Ga), по-прежнему, существенно ограничено. Решающее значение в выявлении НЭО ПЖ принадлежит эндоскопическому и интраоперационному УЗИ. Применение ангиографии в настоящее время ограничено необходимостью исключения безопухолевой формы органического гиперинсулинизма.

Варианты оперативных вмешательств у больных НЭО ПЖ включают энуклеацию опухоли, различные варианты резекций ПЖ и определяются локализациейи количеством опухолей в ПЖ, взаимосвязью их с протоковой системой и магистральными сосудами, распространенность онкологического процесса. Вместе с тем решающее значение в определении прогноза заболевания и тактики послеоперационного лечения принадлежит полноценной морфологической, прежде всего иммуногистохимической оценке НЭО.

Таким образом, диагностика и лечение НЭО ПЖ являются мультидисциплинарной проблемой, полноценное решение которой возможно в только условиях специализированного многопрофильного стационара. Применение современных методов лабораторной и инструментальной диагностики позволяют диагностировать НЭО ПЖ и определить рациональную тактику хирургического лечения и последующей специфической противоопухолевой лекарственной терапии. Вместе с тем ряд вопросов диагностики и тактики послеоперационного лечения больных НЭО ПЖ требуют дальнейшего изучения.

Профилактические мероприятия направлены на предупреждение развития осложнений, своевременное оказание консервативного и хирургического лечения.

МузуровК.В., ХалимовЮ.Ш., ФомичёвА.В., ВетряковО.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ГЛИЦИЛ-ЦИСТЕИНИЛ-ГЛУТАМАТ ДИНАТРИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ КОРВАЛОЛОМ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ», г. Санкт-Петербург, Россия

В последние несколько лет отравления снотворно-седативными средствами стали занимать одно из первых мест в структуре отравлений по данным отчётов отделения реанимации и интенсивной терапии кафедры военно-полевой терапии. Среди снотворно-седативных средств часто встречаются отравления комбинированным препаратом «Корвалол» (этанол, фенобарбитал и др.), что требует поиска лекарственных средств патогенетической терапии отравлений корвалолом.

Целью данной работы было оценить эффективность инозина глицил-цистеинил-глутамат динатрия (Na_2GSSG-инозин) в лечении расстройств центральной нервной системы у больных с острыми отравлениями корвалолом тяжёлой степени.

Материалы и методы. Работа проведена на 20 пациентах от 18 до 60 лет с острыми отравлениями корвалолом тяжёлой степени. 1-я группа – контроль (стандартная терапия), 2-я группа – пациенты получавшие лечение с Na_2GSSG-инозином.

Na_2GSSG-инозин вводили в дозе 60 мг 1 раз в сутки внутривенно в течение 5-и суток нахождения больных в реанимационном отделении на фоне базисной терапии.

Глубину нарушения сознания оценивали по шкале коматозных состояний Глазго. Оценку состояния когнитивных функций проводили с помощью краткой шкалы оценки психического статуса «Mini Mental State Examination» (MMSE). Оценивалось время простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) и время сложной зрительно-моторной реакции различения (СЗМР). Используя среднее значение ПЗМР и СЗМР, рассчитывался показатель «центральной задержки» (ЦЗ): ЦЗ=СЗМР–ПЗМР.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программ Excel 2010 и SPSS Statistics 11 for Windows. Достоверность межгрупповых различий определяли с использованием: U-критерия Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Сумма баллов по шкале Глазго на 3-и сут после поступления во 2-й группе составляла 15 баллов, что превышает показатель 1-й группы (контроль) – 13,53±0,47 балла ($p \leq 0,05$). Сумма баллов по шкале MMSE на 4-е сутки во 2-й группе (Na_2GSSG-инозин) составила 29,10±0,34 балла, что превышает показатель 1-й группы – 25,33±1,04 балла ($p \leq 0,05$). Время ПЗМР на 4-е сутки во 2-й группе составляло 452,34±46,63 мс, что меньше чем в 1-й группе – 918,62±44,55 мс ($p \leq 0,05$). В течение 5-х дней наблюдения время СЗМР во 2-й группе составляло во 2-е сутки – 1309,65±121,19 мс; в 3-и – 790,08±77,97 мс; в 4-е – 626,09±55,25 мс; в 5-е – 488,52±47,12 мс и достоверно превышало показатели 1-й группы (2-е сутки – 1879,01±152,69 мс; 3-и – 1512,43±107,11 мс; 4-е – 1190,84±93,02 мс; 5-е – 778,03±76,63 мс) ($p \leq 0,05$). Показатель ЦЗ у пациентов 2-й группы уже на 4-е сутки находился в пределах физиологической нормы (173,74±11,35 мс), что свидетельствует о восстановлении подвижности нервных процессов. В то же время у пациентов 1-й группы показатель ЦЗ достигал уровня физиологической нормы лишь к 5-м суткам (215,68±23,17 мс).

Выводы. Результаты проведённого исследования показывают, что у пациентов получавших терапию Na_2GSSG-инозином быстро и качественно происходит реинтеграция

психической деятельности, включая восстановление сознания и интеллектуально-мнестических функций, менее выражена астенизация после прояснения сознания. Быстрее происходит восстановление баланса процессов торможения и возбуждения в ЦНС. Полученные данные могут быть использованы при выборе препарата, используемого в составе комплексной терапии отравлений корвалолом тяжёлой степени.

МузуровК.В., ХалимовЮ.Ш., ФомичёвА.В., МалышеваЕ.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ГЛИЦИЛ-ЦИСТЕИНИЛ-ГЛУТАМАТ ДИНАТРИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ», г. Санкт-Петербург, Россия

Отравления этанолом в структуре острых химических интоксикаций в настоящее время занимают одно из ведущих мест, составляя, по разным регионам РФ, от 42,1% до 55,8% всех отравлений. Данное обстоятельство требует поиска лекарственных средств, позволяющих в составе комплексной терапии уменьшить токсическое действие этанола.

Целью данной работы было оценить эффективность инозина глицил-цистеинил-глутамат динатрия (Na_2GSSG-инозин) в лечении расстройств центральной нервной системы у больных с острыми отравлениями этанолом тяжёлой степени.

Материалы и методы. Работа проведена на 18 пациентах от 18 до 60 лет с острыми отравлениями этанолом тяжёлой степени. 1-я группа – контроль (стандартная терапия), 2-я группа – пациенты получавшие лечение с Na_2GSSG-инозином.

Na_2GSSG-инозин вводили в дозе 60 мг 1 раз в сутки внутривенно в течение 3-х суток нахождения больных в реанимационном отделении на фоне базисной терапии.

Глубину нарушения сознания оценивали по шкале коматозных состояний Глазго. Оценку состояния когнитивных функций проводили с помощью краткой шкалы оценки психического статуса «Mini Mental State Examination» (MMSE). Оценивалось время простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) и время сложной зрительно-моторной реакции различения (СЗМР). Используя среднее значение ПЗМР и СЗМР, рассчитывался показатель «центральной задержки» (ЦЗ): ЦЗ=СЗМР–ПЗМР.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программ Excel 2010 и SPSS Statistics 11 for Windows. Достоверность межгрупповых различий определяли с использованием: U-критерия Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Сумма баллов по шкале Глазго через 9 ч после начала лечения во 2-й группе составляла 15 баллов, что превышает показатель 1-й группы – 10,27±0,32 балла ($p \leq 0,05$). Сумма баллов по шкале MMSE на 2-е сутки во 2-й группе составила 28,93±0,31 балла, что превышает показатель 1-й группы – 25,60±1,15 балла ($p \leq 0,05$). Время ПЗМР на 2-е сутки во 2-й группе составляло 319,60±28,96 мс, что меньше чем в 1-й группе – 365,52±34,75 мс ($p \leq 0,05$). В течение 3-х дней наблюдения время СЗМР во 2-й группе составляло в 1-е сутки – 964,10±93,56 мс; во 2-е – 532,34±53,46 мс; в 3-и – 463,05±46,78 мс и достоверно превышало показатели 1-й группы (1-е сутки – 1289,86±130,38 мс; 2-е – 659,79±71,29 мс; 3-и – 596,07±62,37 мс) ($p \leq 0,05$). Время ЦЗ у пациентов 2-й группы уже на 2-е сутки находилось на нижней границе физиологической нормы (212,74±24,50 мс), что свидетельствует о восстановлении подвижности нервных процессов. В то же время у пациентов 1-й группы на протяжении всего периода наблюдения показатель ЦЗ не достигал уровня физиологической нормы, что свидетельствует о низкой подвижности нервных процессов и затруднении переключения процессов от торможения к возбуждению.

Выводы. Таким образом, результаты проведённого исследования показывают, что у пациентов получавших терапию Na_2GSSG-инозином более быстро и качественно происходит реинтеграция психической деятельности (восстановление сознания и интеллектуально-мнестические функции), менее выражена астенизация. Быстрее происходит восстановление баланса процессов торможения и возбуждения в ЦНС. Полученные данные могут быть использованы при выборе препарата, используемого в составе комплексной терапии отравлений этанолом тяжёлой степени.

МайстренкоН.А.[1], РомащенкоП.Н.[1], ПрядкоА.С.[2], МихальченкоГ.В.[2], ПришвинА.П.[3], ЯковлевП.Н.[3], КриволаповД.С.[1]

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ У БОЛЬНЫХ С ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Санкт-Петербург, Клиника факультетской хирургии им. С.П Федорова ВМедА им. С.М. Кирова[1]; хирургическое отделение №1 ГБУЗ ЛОКБ[2]; многопрофильная клиника им. Н.И. Пирогова[3]

Цитологическое исследование материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) из узлов щитовидной железы (ЩЖ), влияет на выбор тактики лечения, определяет объем хирургического вмешательства, уменьшает количество неоправданных операций.Однако значительные трудности у цитологов возникают в дифференциальной диагностике и определении критериев злокачественности фолликулярных неоплазий, выявление которых побуждает к активной хирургической тактике.

Цель исследования– уточнить диагностическую значимость ТАБ при фолликулярных неоплазиях ЩЖ.

Проведен сравнительный анализ результатов цитологической и гистологической диагностики образований ЩЖ у 231 прооперированного пациента. Оценка патологии ЩЖ по результатам ТАБ осуществлялась по международной системе Bethesda(2010), которая предусматривает выделение 6 диагностических категорий. Специальное исследование проведено у 116 (50,2%) больных 4-ой категории, включающей фолликулярную неоплазию или подозрение на фолликулярную неоплазию.

При сопоставлении результатов ТАБ и гистологии было установлено, что из 116 фолликулярных неоплазий высокодифференцированный рак выявлен у 14 (12,0%) пациентов(папиллярный – у 6, фолликулярный – у8). У 73 (62,9%) больных неоплазия была представлена фолликулярной аденомой, у 21(18,1%) – узловым микромакрофолликулярным коллоидным зобом, у8(6,9%) – аутоиммунным тиреоидитом. Тиреоидэктомия была выполнена у 21 (18,1%) больного и была обусловлена распространенным патологическим процессом с вовлечением обеих долей ЩЖ, гемитиреоидэктомия при наличии узлов в одной доле – у 84 (72,4%),дополненная резекцией контралатеральной доли с узлами у 12 больных, удаление доли ЩЖ – у 8 (6,9%), резекциянораженного опухолью перешейка ЩЖ – у 3 (2,6%).

Анализ объема оперативных вмешательств позволил установить, что при образованиях с неопределенным потенциалом злокачественности, преимущественно были выполнены органосохраняющие операции (81,9%). У 97 (83,6%) больных оперативное вмешательство было оправдано и выполнено в адекватном объеме. Повторное оперативное вмешательство для расширения объема до тиреоидэктомии и центральной лимфодиссекции при получении гистологического заключения о фолликулярной карциноме $T_3N_xM_0$потребовалось только в одном случае. У 19 (16,4%) больных с коллоидными узлами и

аутоиммунным тиреоидитом без признаков компрессии органов шеи онкологическая настороженность привела к завышению показаний к операции.

Таким образом, полученные нами данные о диагностической значимости ТАБ у пациентов фолликулярной опухолью ЩЖ (4-ый класс по международной системе Bethesda) с одной стороны свидетельствуют о риске их злокачественности у 12,0% больных, с другой – о завышении показаний к хирургическому лечению у 16,4% оперированных. Необходимо дальнейшее развитие и разработка диагностических методов, прежде всего молекулярно-биологических исследований, позволяющих повысить качество предоперационной диагностики злокачественных образований ЩЖс целью уменьшения необоснованных оперативных вмешательств.

МайстренкоН.А.[1], РомащенкоП.Н.[1], ПрядкоА.С.[2], МихальченкоГ.В.[2], ПришвинА.П.[3], ЯковлевП.Н.[3], КриволаповД.С.[1]

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Санкт-Петербург,Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова[1]; хирургическое отделение №1 ГБУЗ ЛОКБ[2]; многопрофильная клиника им. Н.И. Пирогова[3]

Внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических технологий (ЭВТ) способствовало их применению в хирургии щитовидной железы (ЩЖ), однако показания к использованию вариантов малоинвазивных вмешательств до сих пор остаются спорными.

Цель исследования–уточнить критерии отбора больных для выполнения оперативных вмешательств на ЩЖ при помощи эндовидеохирургических технологий.

Проанализированы результаты 280 оперативных вмешательств на ЩЖ различными доступами. Обследование больных осуществлялось по общепринятым протоколам. Основными показаниями к хирургическому лечению являлись: фолликулярная опухоль ЩЖ у 111 (39,6%) больных, узловые формы нетоксического – у 85 (30,4%) и токсического зоба – у 35 (12,5%), хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото с узлами и компрессией органов шеи – у 4 (1,4%), диффузный токсический зоб – у 7 (2,5%), высокодифференцированные формы ракаЩЖ – у 36 (12,9%), медуллярный рак ЩЖ – у 2 (0,7%). Все больные были разделены на три группы: 1-ю (n=208) составили пациенты, прооперированные традиционным доступом (ТД) по Кохеру; 2-ю (n=22) – с использованием видеоассистированного минидоступа (ВАМ) на передней поверхности шеи; 3-ю (n=50)– с применением трансаксиллярного трансареолярного эндовидеохирургического доступа (ТТЭД). Тиреоидэктомия была выполнена у 50 (17,9%) больных (8,2% при помощи ЭВТ), гемитиреоидэктомия – у 138 (49,2%) (15% – ЭВТ), резекция ЩЖ – у 92 (32,8%) (3,2% – ЭВТ).

Анализ результатов хирургического лечения показал, что интраоперационные осложнения возникли у 3 больных при ТТЭД, явились основанием для конверсии доступа в связи с развитием в двух случаях кровотечения из ткани ЩЖ на фоне аутоиммунного воспаления, в одном - опасностью газовой эмболии при повреждении притока наружной яремной вены. Послеоперационные осложнения в виде кратковременного пареза гортани возникли у 15 (5,4%) больных (при ТД у 12, ВАМ – у 2, ТТЭД – у 1), послеоперационного транзиторного гипопаратиреоза –у 3 (1,0%) (при ТД у 2, ТТЭД – у 1), кровотечения – у 1 (0,4%) при ВАМ, гематомы в области оперативного вмешательства – у 2 (0,7%) (при ТД у 1, ТТЭД – у 1).

Установлено, что выполнение видеоассистированных операций из минидоступа целесообразно при фолликулярных опухолях и коллоидных узлах диаметром до 35 мм, объеме щитовидной железы не превышающем 25 см^3, локализованных формах

высокодифференцированного рака ЩЖ ($T_{1-2}N0M0$). ТТЭД оправдан при узловых образованиях диаметром более 35 мм с компрессией органов шеи и объеме ЩЖ более 25 $см^3$. Противопоказаниями к применению ЭВТ являются наличие тиреоидита с компрессией органов шеи, аутоиммунного воспаления ткани при диффузном токсическом зобе, признаков регионарного метастазирования при раке ЩЖ, шейно-загрудинной локализации зоба.

Таким образом, при аргументированном подходе к выбору оперативного доступа, использование ЭВТ в лечении больных хирургическими заболеваниями ЩЖ является безопасным, которое не приводит к увеличению частоты специфических осложнений, имеет преимущества в виде уменьшения хирургической травмы, снижения сроков пребывания пациента в стационаре, хорошего косметического результата и высокого качества жизни.

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Санкт-Петербург, кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. – академик РАН Н.А.Майстренко), Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Одним из актуальных вопросов изучения преимуществ лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) перед традиционной (ТАЭ) является уровень послеоперационных осложнений. Считается, что для эндоскопического способа характерным является большая частота развития внутрибрюшных абсцессов.

Цель исследования – уточнить уровень и причины послеоперационных осложнений при ЛАЭ и ТАЭ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 341 больного ОА, госпитализированных в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова. 1-ю группу составили 232 (70%) пациента, которым выполнена ЛАЭ, 2-ю – 105 (30%) больных, оперированных традиционно. Послеоперационные инфекционные осложнения оценивались согласно Российским национальным рекомендациям по лечению инфекции кожи и мягких тканей с выделением инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) 3-х типов: поверхностного, глубокого и с вовлечением органа/полости.

Результаты: В 1-й группе состав больных по патоморфологическим изменениям ЧО был следующим: флегмонозный аппендицит - 108, гангренозный - 63, гангренозно-перфоративный - 30, рыхлый аппендикулярный инфильтрат - 18, периаппендикулярный абсцесс - 8, перитонит – 5. Послеоперационные осложнения наблюдались у 12 больных (5,2%): ИОХВ I типа развились у 7 больных, ИОХВ II типа - 2, ИОХВ III типа - 3. Осложнения развивались у 10 больных с осложненными формами ОА: при гангренозно-перфоративном – 6, при периаппендикулярном абсцессе – 2, при перитоните – 2. Распределение осложнений в зависимости от формы ОА следующее: гангренозно-перфоративный аппендицит – ИОХВ Iтипа (n=4), ИОХВ III типа (n=2); периаппендикулярный абсцесс – ИОХВ Iтипа (n=2); перитонит – ИОХВ Iтипа (n=1), ИОХВ III типа (n=1). У 2-х пациентов с гангренозным аппендицитом развилась ИОХВ II типа. Длительность лечения составила в среднем 9 суток.

Во 2-й группе послеоперационные осложнения развились у 10 больных (10,5%): ИОХВ I типа у 7 больных, ИОХВ III типа - 2, формирование толстокишечного свища вследствие несостоятельности культи ЧО у 1-го больного. Наиболее часто осложнения встречались после гангренозно-перфоративного аппендицита – 6 (ИОХВ I типа – 4, ИОХВ III типа – 2), периаппендикулярного абсцесса – 2 (ИОХВ I типа – 2), гангренозного – 1 (ИОХВ I типа), перитонита – 1 (толстокишечный свищ). Длительность лечения составила в среднем 12 суток.

Причинами развития внутрибрюшных абсцессов после ЛАЭ был травматизм тканей, обусловленный сложностью оперирования из-за воспалительно-деструктивных изменений ЧО и, по-видимому, неполноценной санацией брюшной полости. Внутрибрюшные абсцессы при ТАЭ развивались по схожим причинам. Кроме того, ограниченный размер операционного поля с образованием плохо дренируемых зон и затеков также влияют на развитие раневой инфекции.

Таким образом, на вероятность развития послеоперационных осложнений при ЛАЭ и ТАЭ влияет патоморфологическая форма ОА и распространенность патологического процесса. Соблюдение принципов адекватной санации брюшной полости, контроль гемостаза позволяют снизить уровень осложнений. В нашем исследование мы не наблюдали увеличения внутрибрюшных абсцессов при ЛАЭ.

МайстренкоН.А.[1], ХватовА.А.[2], Сазонов А.А.[1]

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова[1], Ленинградская областная клиническая больница[2]

В настоящее время в большинстве стран мира регистрируется существенный рост заболеваемости колоректальным раком. На территории нашего государства первичный диагноз рака толстой кишки ежегодно устанавливается у 60000 человек, при этом наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в Северо-Западном регионе (Санкт-Петербург и Ленинградская область), где в общей структуре онкопатологии колоректальный рак вышел на второе место как среди мужчин, так и среди женщин. Одним их основных факторов риска развития рака толстой кишки является возраст. Установлено, что встречаемость колоректального рака среди пациентов старше 50 лет удваивается каждые 7 лет, достигая пиковых значений к 65-70 годам. Особенности клинического течения рака толстой кишки наряду с отсутствием эффективных высокочувствительных методик скрининга не позволяют улучшить показатели ранней диагностики данного заболевания. Как следствие не снижается удельный вес местнораспространенных форм рака толстой кишки, которые регистрируются у 20-25% больных. Высокая частота встречаемости местнораспространенного рака толстой кишки, наряду с его «старением» свидетельствуют об актуальности вопроса применения комбинированных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста.

Проведен анализ результатов лечения 102 пациентов с местнораспространенным раком толстой кишки без признаков отдаленного метастазирования. Всем больным в период с января 2010 г. по ноябрь 2014 г. выполнены радикальные оперативные вмешательства, обязательным принципом которых было одномоментное удаление пораженных опухолью органов и тканей единым блоком(en-bloc). Пациенты были разделены на 2 группы по возрастному фактору. Основную группу из 66 человек составили больные пожилого и старческого возраста. Контрольная группа была сформирована из 36 пациентов моложе 60 лет. Преобладающей локализацией первичной опухоли как в основной, так и в контрольной группе была прямая кишка и ректосигмоидный отдел толстой кишки. Почти у всех пациентов имелись выраженные паратуморальные осложнения, значительно ухудшавшие их общее состояние, при этом, наиболее тяжелые из них достоверно чаще регистрировались у геронтологических больных.

Послеоперационной летальности удалось избежать в обеих группах. Развитие осложнений в послеоперационном периоде было зафиксировано у 33% больных в основной группе и у 25% - в контрольной. Показатель общей двухлетней выживаемости составил: 73,2% и 78,3% соответственно. При этом, канцер-специфическая смертность в группе

больных гериатрического профиля оказалась несколько ниже, чем у пациентов моложе 60 лет. Двухлетняя безрецидивная выживаемость составила 65,9% - в основной группе и 52,2% - в контрольной.

Таким образом, выполнение комбинированных операций по поводу местнораспространенного рака толстой кишки у больных старших возрастных групп сопряжено с некоторым увеличением риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. Однако данная хирургическая тактика приносит обнадеживающие отдаленные результаты, а, следовательно, представляется весьма обоснованной и эффективной.

МаловЮ.С.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СИСТОЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Сердечная недостаточность представляет собой синдром сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленный нарушением сократительной функции сердечной мышцы. Сократимость миокарда определяется силой сокращения определенного количества актин-миозиновых связей, действующих одновременно, итянущей силой, которую может развивать каждая такая связь, а также скоростью сокращения. Скорость сокращения измеряется временем, в течение которого возникшая актин-миозиновая связь развивает тянущую силу, отсоединяет и освобождает актиновые центры для нового взаимодействия. Силу сокращения возможно определить только инвазивными методами исследования. Скорость сокращения, которая служит мерой сократимости миокарда, можно оценить по продолжительности электрической систолы, то есть по величине интервала Q–T электрокардиограммы. Удлинение систолы указывает на неполноценную систолическую функцию миокарда, которая является причиной сердечной недостаточности. Увеличение длительности систолы представляет собой снижение скорости сократительного процесса. Определение продолжительности систолы желудочков по величине интервала Q–T дает возможность выявить сердечную недостаточность. Однако этот параметр довольно вариабелен и зависит от частоты сердечных сокращений и половых различий пациентов. Поэтому он сам по себе не может служить показателем сердечной недостаточности. Им может быть удлинение фактической систолы желудочков относительно должной, которая определяется по формуле Базетта. Цель данного исследования – изучить возможности использования отклонения фактического интервала Q–T от корригированного для диагностики сердечной недостаточности. Обследовано 248 больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Возраст больных колебался от 39 до 78 лет. Среди них мужчин было 156, женщин – 92. Контрольная группа представлена 45 здоровыми пациентами в возрасте 20 – 35 лет. Установлено, что у здоровых лиц отклонение фактического интервала Q–T от должного составляло ±5%, у большинства из них не превышало ±1 – 3%. У больных сердечно-сосудистыми заболеваниями процент отклонения фактической систолы от должной колебался от 6 до 43.Он зависел от степени тяжести сердечной недостаточности. Различие изучаемых показателей у здоровых и больных достоверно ($p \leq 0,01$). С целью уточнения возможности использования данного показателя для диагностики степени выраженности сердечной недостаточности больные были разделены на 4 группы в зависимости от функционального класса согласно принятой классификации сердечной недостаточности. У больных хронической сердечной недостаточностью I функционального класса (ХСН I ФК) отклонение продолжительности фактической систолы желудочков от должной в среднем составляло 9,8% с колебаниями от 6 до 15%. Эти показатели достоверно больше, чем у здоровых людей. Для больных ХСН II ФК характерно дальнейшее увеличение

продолжительности систолы желудочков. Процент отклонения продолжительности исходной систолы от должной увеличился в среднем до 17,2. Предел колебаний данной величины составил 16 – 25%. Больным ХСН III ФК свойственен продолжающийся рост систолического времени, то есть удлинение интервала

Q–T электрокардиограммы. Процент отклонения продолжительности фактического интервала от корригированного колебался от 26 до 35 (в среднем 28,3). Наибольшие отклонения продолжительности фактической систолы желудочков от должной выявлены у больных ХСНIV ФК. Они превышали 36% при средней величине 41,2%. Различия показателей больных с различной степенью выраженности ХСН достоверны ($p \leq 0,05$). Вывод. Увеличение фактического интервала Q–T ЭКГ относительно корригированногоявляется диагностическим показателем не только ХСН, но и степени ее выраженности.

МаловЮ.С.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Диагностика острой сердечной недостаточности у больных острым инфарктом миокарда довольно сложна и основывается исключительно на клинических признаках. Целью данного исследования явилось изучение возможностей эхо- и электрокардиографии для диагностики не только инфаркта миокарда, но и острой сердечной недостаточности. Метод основан на принципе Золотой пропорции, который отражает структурно-функциональную деятельность сердца. Изучались отношения продолжительностей систолы желудочков и кардиоцикла, пропорции размеров и объёмов левого желудочка в систолу и диастолу.

Исследовано 48 больных инфарктом миокарда в первые два дня заболевания. Возраст больных колебался от 39 до 78 лет. Контрольную группу составили 45 человек в возрасте 20 – 35 лет. У 27 больных на основании клинических, инструментальных и лабораторных данных выявлен Q-инфаркт, у 21 – Non Q-инфаркт. Установлено, что отношение длительности систолы к кардиоциклу у здоровых лиц в покое равнялось 0,388 ± 0,002. Эта величина близка к числу золотой пропорции (0,382). Подобные отношения выявлены между конечным систолическим объемом (КСО) и конечным диастолическим (КДО), КСО и ударным объёмом (УО) и УО и КДО. Отношение КСО/КДО составляло 0,378 ±0,003, КСО/УО и УО/КДО – соответственно 0,6 ±0,001 и 0,632 ±0,01.Отклонения этих величин от чисел золотой пропорции составляют ±5%. У всех больных инфарктом миокарда наблюдались изменение данных отношений, которые зависели от глубины и распространенности инфаркта миокарда. Отношение систолы желудочков к кардиоциклу, составляющее 0,429±0,004, наблюдалось у больных Non Q-инфарктом миокарда без признаков нарушения сократимости сердечной мышцы и отклонялось от золотой пропорции 12,3%. У больныхинфарктом миокарда с нарушением локальной сократимости виде гипокинезии отдельных участков миокарда левого желудочка это соотношение оставило 0,445±0,003. Процент отклонения его от чисел золотой пропорции составил 16,4%.При наличии явных клинических признаков сердечной недостаточности (влажных хрипов в легких) и акинезии отдельных зон левого желудочка у больных Q-инфарктом миокарда отношение продолжительности систолы к кардиоциклу возросло до 0,482±0,006, а процент отклонения составил 26,8. Наибольшие отклонения отношения продолжительности систолы желудочков к кардиоциклу от ЗП (на 41,3%) выявлены у больных трансмуральным инфарктом с глобальным нарушением сократимости миокарда. Величина отношения длительности систолы желудочков к кардиоциклу отражает степень выраженности острой

сердечной недостаточности и позволяет установить функциональный класс сердечной недостаточности. Эхокардиография широко используется для выявления сократимости миокарда, которая определяет сердечную недостаточность. Выявляемые с помощью этого метода размеры и объемы левого желудочка в систолу и диастолу и особенно их отношения можно использовать и для диагностики острой сердечной недостаточности. Установлено, что изменения отношений КСР/КДР, КСО/КДО, КСО/УО и УО/КДО у больных инфарктом миокарда зависели от распространенности и глубины поражения миокарда. Для больныхNonQ-инфарктом миокарда характерны незначительные изменения этих отношений. У них происходило увеличение отношений размеров левого желудочка в систолу и диастолу и уменьшение соотношения КСО/КДО. У больных Q-инфарктом миокарда имело место увеличение отношений КСР/КДР, КСО/КДО, КСО/УО и снижение фракции выброса. Чем тяжелее инфаркт миокарда, тем больше выражены изменения этих отношений.

Вывод. Методы электрокардиографии и эхокардиографии с использованием принципа золотой пропорции позволяет выявлять острую сердечную недостаточность и степень её выраженности у больных инфарктом миокарда в ранние сроки.

Маркевич Н.С., Ягашкина С.И., Артюхова В.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОКС У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, первая и вторая кафедры терапии усовершенствования врачей.

Сложность лечения ишемической болезни сердца у пожилых пациентов обусловлена несколькими факторами: более частыми осложнениями, особенно нарушениями ритма, сердечной недостаточностью; полиморбидностью за счет сочетания с сахарным диабетом II типа, дисциркуляторной энцефалопатией, бронхообструктивным синдромом, развитием на фоне уже имеющихся органических и функциональных изменений сердца и сосудов возрастного характера. Одной из актуальных проблем кардиологии остается выбор объема и тактики лечения ИБС у пациентов пожилого и старческого возраста, в этом аспекте перед лечащим врачом открываются три возможности: медикаментозная терапия, аортокоронарное шунтирование или эндоваскулярные вмешательства. Чрескожное коронарное вмешательство – альтернатива тромболитической терапии. Проблема остаточного стеноза после тромболитической терапии является чрезвычайно важной, так как частота возникновения повторных окклюзий в первые 2–3 нед после успешного тромболизиса достигает 8–12%, а в течение первого года наблюдения – 15–25%. Кроме того, оптимальный уровень коронарного кровотока к 90-й минуте тромболизиса отмечается лишь у 50–60% больных. Поэтому в последние годы все шире используют инвазивные способы восстановления коронарного кровотока: баллонную ангиопластику и стентирование, объединяемые общим термином «чрескожное коронарное вмешательство».

Цель исследования: оценить эффективность чрескожных коронарных вмешательств на клиническое течение ишемической болезни сердца у пациентов старческого возраста с острым коронарным синдромом в раннем госпитальном периоде.

Было обследовано и пролечено 87 пациентов с острым коронарным синдромом. Средний возраст пациентов: мужчины (35,6% больных) -76,1± 2,3 лет;женщины (64,4% больных) -79,8± 3,3 лет. Проведен анализ влияния чрескожных коронарных вмешательств на течение ИБС и определены непосредственные результаты проведенного интервенционного вмешательства.Всем больным оказывалась ургентная помощь в

условиях ПРИТ, направленная на купирование ишемии миокарда и стабилизацию гемодинамики.

Динамика функционального класса стенокардии после коронарной ангиопластики:отсутствие стенокардии – 11 больных (17,2%); стабилизация стенокардии на уровне 2 ФК – 27 больных (42,2%); стабилизация стенокардии на уровне 3 ФК – 11 больных (17,2%); рецидив стенокардии в первые 3 дня – 11 больных (17,2%); рецидив стенокардии в течение 14 дней – 2 больных (3,1%). Осложнения в виде кровотечения, не требующих лечения составили 6,2 % (4 больных). Смертность составила 3,1% (2 больных). Динамика сердечной недостаточности: число больных с ХСН IIA стадии с 33 больных (51,6%) возросло до 52 больных (82,2%), число больных сIIБ стадией ХСН возросло с 8 больных(12,5%) до 10 больных (15,6%), степеньKillip(1,2) до стентирования выявлена у 21 больного (32,8%), после стентирования не выявлена, без динамики осталось количество больных с ОСН Killip(3) — 2 больных (3,1%). Динамика ЭКГ перед выпиской: улучшение – 70,3%, ухудшение – 5,5%, без динамики – 24,2%.

Выводы: Оценка эффективности чрескожных коронарных вмешательствпри остром коронарном синдроме на течение ишемической болезни сердца в ближайший госпитальный период выявила в 95,5% случаев клиническое улучшение в виде стабилизации стенокардии на уровне II ФК, уменьшения выраженности ХСН и положительной динамикой на ЭКГ.

Мартынюк И.И., Железняк И.С.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ И РЕЧЕВОЙ АКТИВАЦИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ФОКАЛЬНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Цель:Определение возможностей функциональной магнитно-резонансной томографии с двигательной и речевой активацией у пациентов с фокальными формами эпилепсии.

Методы и материалы: Обследовано 10 пациентов с симптоматической лобной эпилепсией. Группа контроля составила 15 практически здоровых людей. Всем пациентам была выполнена МРТ головного мозга, на томографе «TitanToshiba » с индукцией магнитного поля 1,5 Тл с использованием 4-х канальной катушки для исследования головного мозга. В качестве двигательной активацией использовали последовательное сопоставление I пальца со II и Vпальцами кисти, речевой активацией осуществляли путем подбора обследуемыми слов, начинающихся на произносимую через переговорное устройство букву.

Результаты:У 80% больных МРТ позволила локализовать функционально-специализированные области коры головного мозга. При 90% обследований с двигательной активацией и 70% обследований с речевой активацией оказались эффективными. Среди условно здоровых пациентов доля неудачных исследований составила 7,9%, а среди пациентов с эпилепсией – 20%. Данная значительная разница объясняется невозможностью оценки правильности выполнения обследуемыми активирующего задания.

Выводы:Функциональная магнитно-резонансная томография с двигательной и речевой активацией является эффективной методикой в определении фокальных форм эпилепсии и может рассматриваться как этап планирования хирургической лечения пациентов.

Мартынюк И.И., Железняк С.Г., Воробьев Б.Ю.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия.

Введение: Рентгенография является одним из ведущих методов диагностики большого количества заболеваний. Рентгеновские аппараты широко представлены в современных многопрофильных лечебных учреждениях и в отдаленных госпиталях Министерства Обороны Российской Федерации. Вместе с тем развитие и широкое внедрение в практику современных высокотехнологических методов лучевой диагностики (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография) позволяют рассматривать различные варианты в диагностике сколиоза грудного отдела позвоночника. Достоинство рентгенографии сколиоза – это высокая степень информативности, скорость выполнения исследования (актуально при большом количестве пациентов, требующих обследования в кратчайшие сроки)и дешевизна данного метода.

Цель: Оценить вышеперечисленные достоинства метода исследования.

Методы и материалы:На базе рентгеновского отделения Консультативно-диагностического центра Военно-медицинской академии, оснащенного рентгеновской установкой SiemensVertixUM, было обследовано 53 пациентов с различной степенью сколиоза грудного отдела позвоночника. Так же на кафедре рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии 15 пациентам были проведены магнитно-резонансная томография и компьютерная томография грудного отдела позвоночника. После получения результатов исследований грудного отдела позвоночника расхождение диагнозов статистически незначительно.

Время выполнения рентгенографии грудного отдела позвоночника колеблется в пределах от 10 до 15 минут. Аналогичное исследование, проведенное на компьютерном и магнитно-резонансном томографах, занимает не менее 30 минут на одного пациента.

Результаты:Под диспансерным динамическим наблюдением находилась группа больных, которые были направлены неврологами Консультативно-диагностического центра с различными клиническими проявлениями: боли в грудном отделе позвоночника, корешковый синдром, периодические приступы боли, которые купировались приемом обезболивающих препаратов. Часть больных получала нестероидные противовоспалительные препараты. Следует отметить, что группа женщин (20 человек, средний возраст 58-60 лет)предъявляли более выраженные жалобы по сравнению с мужчинами. Однако, при проведении рентгенографии отмечались более выраженные изменения в грудном отделе позвоночника (в т.ч. остеохондроз, деформирующий спондилёз, сколиоз и листез) были у мужчин, что потребовало у 15 из них направления на МРТ. Из данной группы у 10 человек были выявлены остеохондроз, деформирующий спондилёз, левосторонний сколиоз, грыжи Шморля, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков, что потребовало в дальнейшем консультации нейрохирурга для определения дальнейшей тактики ведения.

Вывод:Таким образомрентгенография грудного отдела позвоночника является одним из наиболее эффективных методов в диагностике широкого количества заболеваний позвоночника.Этот метод позволяет быстро и качественно оценить патологические изменения позвоночника, не прибегая к более дорогим методам в лучевой диагностике. Данный метод доказывает свою актуальность в современных многопрофильных лечебных учреждениях и в отдаленных госпиталях МО РФ за счет скорости выполнения исследования при большом количестве пациентов. Субъективная симптоматика у больных женщин выражена ярче чем у мужчин на 50%(различные жалобы). У 30% обследованных пациентов, при углубленном обследовании были выявлены остеохондроз, деформирующий спондилёз, левосторонний сколиоз, грыжи Шморля, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков.

Медведев Д.С.[1], Еричев А.Н.[2], Абрамова И.А.[3]

МЕТОДИКА ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОПЕРАТОРСКОГО ПРОФИЛЯ

[1] *Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии*

[2] *Санкт-Петербург, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*

[3] *Омск, Омский автобронетанковый институт*

Для совершенствования диагностики ранних функциональных нарушений организма у специалистов операторского профиля проведено исследование, в котором приняли участие специалисты операторского профиля, в возрасте 38-50 лет, мужского пола, стажем работы 5-10 лет (n=70).

Оценивалась годовая динамика функционального состояния (ФС) организма по основным группам компонентов и показателям термоалгометрии. Замеры проводились ежемесячно на протяжении годового рабочего цикла. Для оценки энергетических компонентов ФС организма регистрировали следующие показатели: частоту пульса (ЧСС), систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление. Рассчитывали показатель ФС систем кровообращения и внешнего дыхания (ФСкрс), пульсовое давление (ПД), минутный объем кровообращения (МОК), показатель периферического сопротивления сосудов (ППСС), средне-динамическое давление (СДД), индекс Робинсона (ИР), индекс Старра (ИС), индекс Рида (ИРД), вегетативный индекс Кердо (ВИК), индекс функциональных изменений (ИФИ). Проводились нагрузочные пробы с задержкой дыхания на вдохе (проба Штанге) и на выдохе (проба Генча). Для оценки информационных, активационных и эффекторных компонентов ФС организма применялись корректурная проба с разорванными кольцами, методики «Критическая частота слияния мельканий» (КЧСМ), «Теппинг-тест», исследования статической мышечной выносливости, определения латентного времени простой сенсомоторной реакции (ПСМР), «Красно-черная таблица», «Вербальная память», «Кратковременная зрительная память на числа», «Закономерности». Для оценки эмоциональных компонентов ФС организма «Самочувствие, активность, настроение» (САН), второй субтест полного теста Люшера, вопросник Спилбергера в модификации Ханина. По второму субтесту полного теста Люшера оценивались вегетативный коэффициент (ВК) и коэффициент суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО).В качестве внешнего критерия использовали результаты экспертной оценки.

Для оценки показателей температурно-болевой чувствительности использовали усовершенствованный вариант метода К. Акабанэ - модифицированный термочувствительный тест (МТТ). МТТ основан на регистрации порога боли (ПБ) при термическом воздействии инфракрасного излучения на точки акупунктуры (ТА) по Акабанэ, который измеряется количеством импульсов [4]. Анатомо-топографическое расположение ТА соответствовало приводимым в руководстве по иглотерапии [5]. МТТ проводили отечественным аппаратом «Рефлексомастер».

Для оценки динамики показателей температурно-болевой чувствительности изучались среднее значение порога болевой чувствительности, измеряемого по 24 ТА и асимметрия между средними значениями порога болевой чувствительности, полученных с 12-ти ТА пальцев кисти и 12-ти ТА пальцев стоп.

В годовом рабочем цикле обнаружено различие в качественной направленности и количественной выраженности отдельных показателей различных функций организма, что согласуется с результатами многочисленных исследований эмоционально-напряженной умственной деятельности. Статистически значимые ($p<0,05$) изменения показателей энергетических компонентов ФС организма, свидетельствующие о повышенном, а по некоторым показателям (САД, ИР, ИРД) и высоком напряжении систем кровообращения и внешнего дыхания, обнаружены с 6-го месяца до конца года. Повышение ИР к 6-му месяцу составило -5,4 %, к 12-му месяцу -15%. Повышение ИРД к 6-му месяцу составило 24,6 %, к

12-му - 45,8 %. Прирост значения СДД к 7-му месяцу составил 3 %, 12-му месяцу - 6,3%. Прирост значения САД к 8-му месяцу составил 3,7 %, к 12-му месяцу- 6,5%. Прирост значения ЧСС к 9-му месяцу составил 9,2 %, к 12-му – 9,5%. Прирост значения ДАД к 9-му месяцу составил 5,3 %, к 12-му месяцу - 5,7 %. Прирост значения ПД к 9-му месяцу составил 8,3 %, к 12-му месяцу - 8,7 %.Прирост значения МОК к 9-му месяцу составил 11,6 %, к 12-му месяцу - 9,6 %. Прирост значения ВИК к 11-му месяцу составил 70,5 %.Статистически значимое ($p<0,05$) ухудшение показателей информационных, активационных и эффекторных компонентов ФС организма выявлено с 10-го месяца и до конца годового цикла. К 12-му месяцу обнаружено снижение показателя статической мышечной выносливости на 6,6 %, частоты касаний теппинг-теста - на 8,3 %, КЧСМ - на 3,2 %, пропускной способности зрительного анализатора - на 7,7 %, точности работы по методикам «Кратковременная зрительная память на числа», «Вербальная память», «Закономерности» - на 22,0 %, 7,8 % и 9,3 % соответственно.Статистически значимое ($p<0,05$) ухудшение показателей эмоциональныхкомпонентов ФС организма обнаружено с 9-го месяца. К 12-му месяцу обнаружено повышение реактивной тревоги на 11,6%, снижение интегрального показателя САН - на 18,5 %, снижение коэффициента ВК и повышение коэффициента СО на 42,7 % и 24,0% соответственно.Статистически значимое ($p<0,05$) снижение ПБ и асимметрии по сравнению с исходным уровнем обнаружено к 11-му месяцу (соответственно на 16,5 % и 29,5 %). Показатель экспертной оценки статистически значимо ($p<0,05$) снизился к 11-му месяцу на 9,0 %.

Таким образом, в годовом цикле профессиональной деятельности специалистов операторского профиляоптимальное функциональное состояние сохраняется в течение первого полугодия после отпуска. В последующий период сохранение высокой продуктивности деятельности достигается за счет напряжения функциональных резервов организма, в первую очередь за счет повышения активности систем кровообращения и внешнего дыхания. С 9-10 месяцев наблюдается снижение субъективной оценки эмоционального состояния, выявляются значительное ухудшение показателей основных свойств нервной системы, психических познавательных процессов и снижение показателей температурно-болевой чувствительности.

Для проведения сравнительного анализа на основании результатов экспертной оценки были выделены полярные группы «успешных» и «неуспешных».Статистически ($p<0,05$) значимо большее напряжение функциональных резервов в группе специалистов с низкими показателями экспертной оценки по показателям ЧСС, САД, ДАД, СДД, ВИК, ИР, ИРД и МОК указывает на большую физиологическую стоимость профессиональной деятельности военных специалистов данной группы.В группе «неуспешных» обнаруженыстатистически значимое ($p<0,05$) ухудшение показателей статической мышечной выносливости, пропускной способности зрительного анализатора, точности работы по методикам «Вербальная память» и «Закономерности», КЧСМ. Все это свидетельствует о более выраженном утомлении в группе «неуспешных».Группа «неуспешных» характеризовалась достоверно ($p<0,05$) более высокими уровнем реактивной тревоги.

При сравнении относительных изменений ПБ определяется весьма существенные различия в их динамике в полярных группах. Статистически значимые ($p<0,05$) различия обнаружены на 3, 11 и 12 месяцах.В группе «неуспешных» к 3 месяцу годового цикла ПБ повысился на 11,2±2,5 %; к 11 и 12 месяцам снизился на 13,2±2,8 % и 14,5±2,7 % соответственно. В группе «успешных» к 3 месяцу ПБ повысился на 5,6±2,6 %, к одиннадцатому и двенадцатому снизился на 6,8±2,7 % и 7,5±2,9 % соответственно.

Больший прирост значения ПБ в группе «неуспешных» к 3 месяцу свидетельствует о том, что нарастание профессиональных нагрузок для этой группы оказывает более выраженное стрессогенное воздействие. К началу 3 месяца для большинства обследуемых ($n=68$) начинается отчетный период, который обследуемыми характеризовался как наиболее трудоемкий и сложный. Отмеченное в конце годового цикла большее снижение ПБ в группе «неуспешных» свидетельствует о более выраженном утомлении в данной группе.

Медведев Д.С.[1], Корнилова А.А.[2], Жуков А.А.[3]

ЭКСПРЕССИЯ СИГНАЛЬНЫХ МОЛЕКУЛ В ЭНДОТЕЛИИ СОСУДОВ ПРИ СТАРЕНИИ INVITRO ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯМИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА

[1]*Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН*

[2]*Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет*

[3]*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

Этиопатогенез такой возрастной патологии сердечно-сосудистой системы, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия, инфаркт миокарда и др. в первую очередь обусловлено возрастными изменениями эндотелия сосудов.

При этом существующие в настоящее время медикаментозные и хирургические методы лечения сердечно-сосудистой патологии у лиц старшего возраста имеют множество противопоказаний и не всегда способствуют устранению причины возникновения эндотелиальной дисфункции на молекулярно-клеточном уровне.

Среди методов, основанных на применении лечебных физических факторов, в последние десятилетия получило широкое распространение направление, связанное с использованием электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД). Однако молекулярно-клеточные механизмы влияния ЭМИ ММД на эндотелий сосудов при старении практически не изучены. Нами было проведено исследование, направленное на оценку экспрессии патогенетически значимых для заболеваний сердечно-сосудистой системы сигнальных молекул в эндотелии сосудов при старении под влиянием ЭМИ ММД.

По результатам исследования была выявлена способность ЭМИ ММД активировать экспрессию различных молекул, нарушение синтеза которых лежит в основе эндотелиальной дисфункции при старении. Влияние ЭМИ ММД (частота излучения 43 - 40 ГГц, частота модуляции несущей частоты 10,0±0,5 Гц, длина волны – от 6,98 до 7,50 мм, средняя мощность излучения 0,1 мкВт), источник излучения - аппарат КВЧ-ИК терапии «Триомед», в зависимости от времени воздействия может оказывать различные по выраженности и направленности эффекты на экспрессию сигнальных молекул (eNOS, ICAM-1, VEGF, CD141, эндотелин-1, ангиотензин-2, вазопрессин) в эндотелии сосудов при его старении в культуре клеток. В работе оценивали относительную площадь и оптическую плотность экспрессии указанных выше молекул с помощью морфометрического исследования и компьютерного анализа микроскопических изображений.

Вазопротекторный эффект ЭМИ ММД при длительности воздействия 5 минут в «старых» культурах клеток выражается в стимуляции экспрессии эндотелиальной NO-синтазы (eNOS). При этом следует отметить, что при старении культур эндотелия наблюдалось снижение синтеза NO-синтазы, что указывает на возрастные особенности развития эндотелиальной дисфункции.

Увеличение длительности воздействия с 5 до 15 минут в «старых» культурах клеток способствовало снижению экспрессии молекулы сосудистой адгезии ICAM-1, гиперэкспрессия которой наблюдается на начальных этапах развития атеросклероза (до образования бляшек).

Исследование влияния ЭМИ ММД на экспрессию сигнальных молекул ангиотензина-2 и вазопрессина на старение клеток эндотелия сосудов invitro позволило установить, что воздействие в течение 15 минут приводит к повышению синтеза этих белков в 2-2,5 раза в «молодых» культурах клеток и на 60-70% в «старых» культурах. Поскольку повышение синтеза ангиотензина-2 и вазопрессина способствует сужению сосудов и повышению тонуса мышечного слоя сосудистой стенки, ЭМИ ММД может быть рекомендовано к применению у пациентов с гипотонией.

Важным является антиагрегантное действие ЭМИ ММД. В «молодых» и «старых» культурах эндотелиоцитов экспрессия тромбомодулина (маркер CD141) снижалась при времени воздействия 15 минут соответственно на 66% и в 4,9 раза. ЭМИ ММД может применяться для снижения риска тромбообразования, причем наибольший эффект будет проявляться у лиц старших возрастных групп.

Известно, что с возрастом пролиферативная способность клеток снижается, в отношении сосудистой ткани этот эффект в первую очередь проявляется уменьшением экспрессии фактора ангиогенеза VEFG. Показано, что ЭМИ ММД при длительности воздействия 15 минут в «молодых» и «старых» культурах клеток индуцирует экспрессию VEGF соответственно на 39 и 54%. ЭМИ ММД возможно применять для профилактики нарушения целостности эндотелия у лиц старшего возраста.

Установлено, что ЭМИ ММД оказывает различное действие на экспрессию сигнальных молекул при старении эндотелия сосудов в культуре. 5-минутное воздействие оказывает наибольший эффект на синтез NO-синтазы и эндотелина-1, тогда как 15-минутное излучение регулирует экспрессию других молекул – VEGF, CD141, ICAM-1, ангиотензина-2, вазопрессина.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что эффективность терапии сердечно-сосудистой патологии у лиц старшего возраста с помощью ЭМИ ММД обусловлена его способностью регулировать экспрессию ряда молекул – маркеров функциональной активности эндотелия, синтез которых при возраст-ассоциированной патологии нарушается.

Медведев Д.С.[1], Лобачев А.В.[2] Борисов Д.Н.[2]

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

[1] *Санкт-Петербург Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии*

[2] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

Концепция качества жизни является фундаментальной для изучения эффективности медико-социальных программ, поэтому особую актуальность представляет собой совершенствование медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов пожилого возраста, адекватно имеющимся у них потребностям. Известно, что с возрастом происходит «накопление» хронических заболеваний, отмечается множественность патологических процессов.

Организм человека в пожилом возрасте отличается рядом особенностей, которые требуют изменения тактики лечения - замедление фармакодинамики препаратов и периода их выведения, развитие побочных эффектов. Поэтому достаточно перспективными представляются немедикаментозные методы. Среди разработок последних лет широкое распространение получило направление, связанное с использованием электромагнитного излучения миллиметрового диапазона длин волн (ЭМИ ММД), или по другой классификации КВЧ-терапия.

Целью исследования было изучение медико-социальных эффектов применения КВЧ-терапии у группы пациентов пожилого и старческого возраста разных нозологических групп.

По показателям общепринятых и рекомендованных международными организациями опросников качества жизни (опросник SF-36, опросник EuroQol) в исследование было включено 603 пациента (мужчин 309, женщин 294), при этом средний возраст составил 65,7+2,1 лет (от 60 до 89 лет). Для исследования были выбраны следующие нозологические формы: хроническая сердечная недостаточность (по опроснику SF-36), артериальная гипертензия (по опроснику SF-36), климактерический синдром (по опроснику SF-36), тревожно-депрессивный синдром (по опроснику EuroQol). Указанные заболевания широко

распространены среди лиц пожилого и старческого возраста, они оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов, и имеют социальную значимость.

Эффективность применения КВЧ-терапии изучалась между группами пациентов с указанными заболеваниями, и группой пациентов, у которых КВЧ-терапия не применялась. Источником ЭМИ ММД является аппарат КВЧ-ИК терапии «Триомед» (ООО «Триомед», Санкт-Петербург), представляет собой источник низкоинтенсивного излучения (менее 10 мкВт/см²) электромагнитных волн крайне высокочастотного и инфракрасного диапазонов для не инвазивного воздействия на участки кожного покрова человека.

Нами было о пределено влияние КВЧ-терапии на показатели качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией.До начала лечения у пациентов контрольной группы были снижены показатели качества жизни по шкалам: общего здоровья (GH) на 32,7+2,3 баллов, ролевого функционирования (RP) – на 25,4+4,1 баллов, боли (P) – на 21,8+3,2 баллов, физического функционирования (PF) – на 24,0+3,2 баллов, жизнеспособности (VT) – на 26,7+3,3 баллов, психологического здоровья (MH) – на 38,6+4,4 баллов, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на 31,0+3,1 баллов и социального функционирования (SF) – на 33,0+3,1 баллов.

При завершении лечения по мере улучшения состояния отмечалась в обеих группах пациентов достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели по шкалам боли, физического и социального функционирования. Кроме того, в группе наблюдения, где пациентам была назначена КВЧ-терапия, достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья.

Изучено влияние КВЧ-терапии на показатели качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. До начала лечения у пациентов контрольной группы были снижены показатели по шкалам: общего здоровья (GH) на 35,6+4,3 баллов, ролевого функционирования (RP) – на 30,1+3,2 баллов, боли (P) – на 42,4+4,5 баллов, физического функционирования (PF) – на 34,0+4,2 баллов, жизнеспособности (VT) – на 35,1+1,8 баллов, психологического здоровья (MH) – на 39,2+4,5 баллов, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на 41,1+4,2 баллов и социального функционирования (SF) – на 42,2+4,1 баллов.

При завершении лечения по мере улучшения состояния отмечалась положительная динамика качества жизни. В группах пациентов достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели по шкалам боли, физического и социального функционирования, общего здоровья, жизнеспособности. Кроме того, в группе наблюдения, где пациентам была назначена КВЧ-терапия, достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья. Показано, что в группе наблюдения показатель социального функционирования улучшился в достоверной больше степени, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

Исследовано влияние КВЧ-терапии на показатели качества жизни у пациенток с климактерическим синдромом. До начала лечения у пациентов контрольной группы были снижены показатели по шкалам: общего здоровья (GH) на 30,5+3,2 баллов, ролевого функционирования (RP) – на 32,2+3,6 баллов, боли (P) – на 40,2+3,5 баллов, физического функционирования (PF) – на 35,0+3,2 баллов, жизнеспособности (VT) – на 36,2+3,8 баллов, психологического здоровья (MH) – на 38,1+4,4 баллов, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на 40,2+3,3 баллов и социального функционирования (SF) – на 41,6+5,0 баллов.

При завершении лечения в группах пациентов достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели по шкалам боли, физического, ролевого и социального функционирования, общего здоровья, жизнеспособности. Кроме того, в группе наблюдения, где пациентам была назначена КВЧ-терапия, достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья. Кроме того, в группе наблюдения показатели шкал боли и социального функционирования улучшились в достоверной больше степени, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

До начала лечения у пациентов наблюдалось отсутствие достоверной разности показателей в группах наблюдения (получала КВЧ-терапию) и контроля (стандартная терапия без КВЧ-терапии), итоговые показатели в достоверной степени различались между собой. Так как в контрольной группе, так и в группе наблюдения удалось достичь достоверного ($p<0,05$) улучшения показателей по таким критериям как мобильность, самообслуживание, бытовая активность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия.

Но показатель по критерию боль/дискомфорт в группе наблюдения улучшился в достоверно большей степени, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

Вывод:В сравнительном исследовании показано однозначное преимущество КВЧ-терапии в улучшении качества жизни пациентов.

Показано, что включение в лечебно-реабилитационные программы такого метода как КВЧ-терапия способствовало улучшению показателей качества жизни. Главным образом происходило улучшение показателей, связанных с восприятием боли, ощущением тревоги или депрессии, что, соответственно, приводило к улучшению психологического здоровья и улучшение характеристик, связанных с эмоциональным восприятием. Это свидетельствовало об активации адаптационных возможностей организма пожилого человека, несмотря на наличии тех или иных заболеваний.

Медведева Ю.И., Курасов Е.С., Баурова Н.Н.

К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Актуальность. В настоящее время в клинической психиатрии особую актуальность приобретает проблема распространенности депрессивных расстройств, условий их формирования, выделение факторов риска, подбора в связи с этим оптимальной схемы медицинской и социальной помощи (Краснов В.Н., 2011; BaumeisterH., MaerckerA., CaseyP., 2008).

Цель исследования: провести анализ современной литературы, посвященной изучению эпидемиологии депрессивных расстройств.

Результаты и их обсуждение. Эпидемиологическое направление в изучении депрессии развивается многие годы в ряде многоцентровых исследованиях ВОЗ (ÜstünT.B., SartoriusN., 1993). Также в последние годы широко развиваются клинико-эпидемиологические работы, выполняемые в дифференцированных популяциях (SchultzR., 2001). Данные о частоте названных расстройств противоречивы, поскольку каждый исследователь опирается на собственные источники информации, которые, как правило, бывают исчерпывающими. Результаты различаются даже в тех случаях, когда исследователи пользуются одними и теми же диагностическими критериями. Так, например M.Weissman (1999), изучавшая «большую депрессию» в соответствии с критериями DSM-III-R, выявила, что в течение жизни ею страдают около 5% населения. L.Andrade и соавт. (2005), изучавшие ту же «большую депрессию» в соответствии с теми же критериями, приводят цифры 8-12%, а S.Patten (2008) определил ее распространенность до 20%. Неоднозначность получаемых результатов усугубляется, в первую очередь, диагностическими трудностями, а по мере создания новых организационных форм помощи выделяются новые контингенты больных. При этом только часть из них соответствует общепринятым диагностическим критериям, другие же создают повод для дискуссий (Смулевич А.Б., 2011; BechP., 2006). В случае сравнения частоты диагностики нерезко выраженной депрессии в психиатрических кабинетах двух московских поликлиник оказалось, что показатели различались в 30 раз, хотя экспертный анализ соответствующих случаев не обнаружил между ними клинических различий (Андрющенко А.В., 2011). В целом же, надежная оценка распространенности депрессивных расстройств была бы весьма полезна как для совершенствования психиатрической помощи, так и для

оценки потребности в соответствующей фармакотерапии (Мосолов С.Н., 2014; BottonariK.A., 2007).

Заключение. Таким образом, сравнение эпидемиологических исследований аффективных расстройств позволяет выявить такие проблемы, как уровень их диагностики, истинную картину встречаемости в населении в целом и в дифференцированных популяциях, в частности. Это требует как повышения уровня подготовки практикующих специалистов, так и разработки методов объективизации депрессивных нарушений.

Медведева Ю.И., Курасов Е.С., Свечников Д.В.

ДИНАМИЧЕСКИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Актуальность. Расстройства адаптации (РА) являются одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Согласно данным отечественных и зарубежных исследований, частота выявления РА в различных возрастных группах варьирует от 1% до 24% (Краснов В.Н., 2011; Антипова О.С., 2012; Fernández A. et al., 2012). Несмотря на исследования, подтверждающие надежность этого диагноза (Despland J.N. et al., 1995; Jones R. et al., 2002), в современных публикациях встречается достаточно много критических замечаний (Jäger M. et al., 2008; Laugharne J. et al., 2009). Это обусловлено, в первую очередь, недостаточной разработанностью в современной психопатологии концепции тревожных и депрессивных нарушений (Casey P., 2008).

Цель исследования: изучить многолетнюю динамику показателей пациентов с расстройствами адаптации (F 43.2) в различных военно-лечебных учреждениях (ВМедА, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 442 ОВКГ ЗВО).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что удельный вес военнослужащих по контракту с РА среди всех пациентов психиатрического профиля на протяжении 2009-2011 гг. находился примерно на одном уровне в диапазоне 33,8-35,6 % в ВМедА и 3,0-4,6% в ГВКГ с постепенным снижением в 2012-2013 гг. до 16,3-16,6 % в ВМедА и 0-4,2% в ГВКГ. В 442 ОВКГ ЗВО военнослужащие по контракту лечение по поводу РА в исследуемый период не проходили.

Среди военнослужащих по призыву, напротив, отмечалось увеличение частоты исследуемого показателя с 5,3 % (в 2009 г.) до 17,6 % (в 2013 г.) в ВМедА и с 25,0 % до 53,5 % в ГВКГ. В 442 ОВКГ наблюдалось снижение удельного веса РА с 75,4 % в 2009 г. до 49,7 % в 2012 г. (что во многом было обусловлено проведением в это время в данном военно-лечебном учреждении организационно-штатных мероприятий) с резким повышением показателя в 2013 г. до 78,1 %. Аналогичные соотношения наблюдались и по показателю удельного веса расстройств адаптации в общей структуре невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F4). Так, среди военнослужащих по контракту в ВМедА отмечалось постепенное снижение частоты расстройств адаптации с 75,4 % (в 2009 г.) до 32,7 % (в 2013 г.), а в ГВКГ – с 14,3 % в 2009 г. до 8,8 % в 2013 г. В тоже время среди военнослужащих по призыву, напротив, отмечалось существенное увеличение этого показателя за период 2009-2013 г.: в ВМедА с 11,3 % до 33,9 %, а в ГВКГ – с 27,3 % до 67,6 % (с наибольшим значением 75,8 % в 2012 г.), а в 442 ОВКГ ЗВО – с 80,9 % в 2009 г. до 86,2 % в 2013 г. (с наибольшим значением 93,1 % в 2011 г.).

Заключение. Таким образом, отмечается увеличение количества военнослужащих, проходящих стационарное лечение по поводу расстройств адаптации в разных военно-лечебных учреждениях (ВМедА, ГВКГ, 442 ОВКГ), которое достигает 78,1 % всех пациентов психиатрического профиля. При этом обращает на себя внимание значительные различия уровня этой патологии (в том числе, в разные годы), что может быть обусловлено как

изменениями условий прохождения службы, так и различными подходами специалистов к диагностике. Все это свидетельствует об актуальности разработки вопросов дифференциальной диагностики РА у военнослужащих.

Медведева Ю.И., Свечников Д.В., Курасов Е.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭГОСКОПИИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Актуальность. На современном этапе развития психиатрии особую актуальность приобретает проблема диагностики патологии аффективной сферы, в частности объективной оценки степени выраженности депрессивных и тревожных нарушений, а также определения их соответствия субъективным ощущениям обследуемого (Александровский Ю.А., 2012; NierenbergA.A., SoninoN., 2004).

Цель исследования: провести анализ современной литературы, посвященной эгоскопической диагностике непсихотических аффективных расстройств.

Результаты и их обсуждение. Понятия депрессии и тревоги охватывают широкий круг психопатологических проявлений, различающихся как по типологической структуре, так и по продолжительности и степени выраженности (Краснов В.Н., 2011; CaseyP., 2008). На своеобразие клинической картины тревоги и депрессии влияет также нозологическая принадлежность психической патологии. Важным является то, что клинический полиморфизм проявлений аффективных нарушений зачастую затрудняет постановку диагноза (Смулевич, А.Б., 2011; WeidenhammerW. etal., 2006; O'KeeffeN., RanjithG., 2007).

Как известно, возникновение эмоций связано с изменением физиологических параметров, что дает возможность их инструментального выявления.Полипиктографический подход, сочетающий в себе стимульный материал (проективные психологические методики, психометрические шкалы), с одновременным физиологическим контролем динамики эмоционального состояния, является диагностически достоверным при определении степени выраженности аффективных нарушений (Юрьев Г.П., 2009; Алексеев Л.Г., 2011; Falissard B., 2008). В рамках этого направления наиболее информативным методом обследования является эгоскопия (латинское «ego» – я, греческое «skoreō» – наблюдать, исследовать), которая предназначена для повышения объективизации результатов психологических и психофизиологических исследований. Данный метод расширяет результаты, получаемые при проведении психологических исследований с помощью тестов-опросников или проективных методик за счет добавления эмоционально-оценочной шкалы, представляемой в виде профиля смысло-эмоциональной значимости (Адамчук А.В., Луцев А.Н., Скоморохов А.А., 2011). Эгоскопия позволяет свести к минимуму возможное влияние на результаты обработки различных психологических защит и целенаправленных попыток искажения информации пациентом (Скоморохов А.А. и соавт., 2014; TredouxC., 2014).

Заключение. Таким образом, анализ литературных данных, посвященных особенностям диагностики непсихотических аффективных нарушений, свидетельствует о неоднозначности взглядов на особенности психопатологических нарушений аффективного (в частности, депрессивного) круга. В связи с этим, дальнейшее изучение вопросов феноменологии тревожных и депрессивных проявлений, а также способов их объективной оценки и степени их выраженности будет способствовать повышению точности диагностических заключений, назначению более адекватного лечения и сокращению сроков госпитализации этих больных.

Меньшиков М.С., Потапова Т.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТОПДИАРА У ВЗРОСЛЫХ С ОКИ, ВЫЗВАННОЙ НЕУСТАНОВЛЕННЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ

Из кафедры: инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии).

Научный руководитель: заместитель начальника кафедры, кандидат медицинских наук полковник медицинской службы С.М. Захаренко

Ежегодно в России и во всем мире заболеваемость острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями, остается на высоком уровне и является самой распространенной причиной диарей.

По данным Роспотребнадзора в 2015 году в Российской Федерации ОКИ, вызванные неустановленным возбудителем, зарегистрировано у 388880 случаев,показатель – 266,62 на 100 тыс. населения.

В Санкт–Петербурге в 2014 году зарегистрировано 28376 случаев, показатель - 572,9 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости ОКИ, вызванной неустановленным возбудителем, в Санкт-Петербурге в 1,6 раза превысил показатель РФ (357,2 на 100 тыс. населения). Заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии имела спорадический характер.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения Стопдиара в базисной терапии в сравнении с применением антибактериальной терапии у пациентов, с ОКИ, вызванной неустановленным возбудителем.

Материалы и методы: проведен анализ 40 историй болезни пациентов с диагнозом острый гастроэтероколит, вызванный неустановленным возбудителем, находящихся на лечении в клинической инфекционной больнице имени С.П. Боткина в 2015 году. Пациентам были выполнены бактериологические и иммуноферментные методы исследования. Все пациенты были разделены на две группы: I группа составила 20 пациентов, которые получали антибактериальную терапию (фторхинолоны, цефалоспорины III поколения); II группа составила 20 пациентов, которые получали Стопдиар. Терапия назначалась с 1-2 дня болезни в возрастной дозировке. Средний курс терапии составил 5 дней. У 98% пациентов заболевание протекало в среднетяжелой форме с преобладанием синдрома гастроэтероколита. У 90 % пациентов отмечалось проявление синдромов общей инфекционной интоксикации и лихорадки.

Результаты. Средняя длительность диарейного синдрома у I группы составила 2,7±0,11 дня, II группы составила 2,4±0,1 дня (P>95%); средняя длительность лихорадки у I группы составила 2,1±0,16 дня,II группы составила 1,8±0,12 дня (P<95%); средняя продолжительность койко-дня пациента с диагнозом острый гастроэтероколит с неустановленным возбудителем у I группы составила 6±0,32 дней, IIгруппы составила 5±0,33 дней (P>95%).

Выводы. Таким образом применение Стопдиара в базисной терапии можно считать более эффективным и безопасным в сравнении с применением других антибактериальных препаратов у пациентов сОКИ, вызванной неустановленным возбудителем, так как происходит достоверно более быстрое купирование диарейного синдрома, и сокращается длительность пребывания в стационаре. Средняя длительность лихорадки во II группе в сравнении с I группой сокращена, однако является не достоверной.

Мирошниченко Ю.В., Родионов Е.О., Мустаев О.З.

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ВЫСВОБОЖДАЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Цель исследования – проанализировать и выявить особенности реализации высвобождаемого медицинского имущества Вооруженных Сил Российской Федерации.

Особенности деятельности медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) предполагают создание и содержание запасов медицинского имущества, необходимого для выполнения возложенных задач в переходный период. При проведении освежения – замене лекарственных средств (ЛС) с истекающими сроками хранения на ЛС, имеющие более длительный остаток срока годности, из запасов высвобождается большое количество медицинского имущества (МИ).

В настоящее время реализация высвобождаемого МИ осуществляется путем перераспределения ЛС среди соединений, воинских частей и организаций ВС РФ. Такой подход обеспечивает преемственность и рациональное распределение МИ, однако не всегда позволяет реализовать большое количество ЛС в короткие сроки. В связи с этим, при условии отсутствия перспектив использования ЛС по назначению в пределах Министерства обороны РФ, целесообразно рассмотреть вопрос о реализации высвободившегося МИ внешнему потребителю. Речь идет, в первую очередь, о медицинских и фармацевтических организациях различных форм собственности, расположенных вблизи пунктов дислокации соединений воинских частей и организаций ВС РФ.

По результатам исследований был предложен механизм ценообразования на ЛС, закладываемые, содержащиеся и высвобождаемые из запасов ВС РФ. Как следует из указанного механизма, высвобождаемые ЛС могут быть реализованы внешнему потребителю по оптимальной цене.

Вместе с тем, существует и ряд факторов, негативно влияющих на реализацию ЛС внешнему потребителю, наиболее существенные из них: узкий ассортимент ЛС, небольшой остаточный срок годности, наличие «сезонных» препаратов, лекарственных препаратов специального назначения и др. Вышеуказанные факторы обуславливает необходимость проведения заблаговременного мониторинга конъюнктуры фармацевтического рынка и поиска потенциальных потребителей реализуемого в ходе высвобождения МИ.

Таким образом, высвобождаемое из запасов МИ может быть успешно реализовано сторонним медицинским и фармацевтическим организациям при условии заблаговременного проведения мероприятий по поиску его потенциальных потребителей. Это позволит рационально распределить финансовые средства для обеспечения содержания установленных запасов МИ в интересах Министерства обороны РФ.

Мирошниченко Ю.В., Родионов Е.О., Тихонов А.В., Щерба М.П.

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ СОВРЕМЕННОЙ ВОЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Правильное толкование и использованиеспециализированной фармацевтической терминологии являетсяне только показателем подготовленности специалиста, но и обеспечивает преемственность и юридическую грамотность служебного общения. В этой связи, разработка современной военной фармацевтической терминологии является приоритетным направлением в становлении системы медицинского снабжения войск (сил).

Основы фармацевтической терминологии, используемой в настоящее время в Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ), разрабатывались в 70-80-е годы

прошедшего столетия и на сегодняшний день вошли в противоречие с требованиями руководящих документов, данными литературных источников и др. Данная ситуация приводит к нарушению однозначности понимания терминов и определений профессиональной деятельности военной фармации и, как следствие, неправильному оформлению и заполнению служебной документации.

За последнее десятилетие в российской фармации появилось множество новшеств, которые изменили, в конечном счете, не только саму научно-практическую отрасль, но и фармацевтическую лексику.В результате, фармацевтическая терминология столкнулась с такими негативными явлениями, как многозначность и различное понимание терминов представителями разных школ и направлений, синонимия, вариантность написания одних и тех же терминов, наличие понятий, не имеющих современного научно обоснованного определения, попытки произвольного внедрения иноязычных терминов или, наоборот, необоснованной русификации без учета внедренности заимствованных терминов, распространение немотивированных и ложно ориентирующих терминов и отстутствие единых научно обоснованных принципов образования фармацевтических терминов.При этом валидация указанных явлений во многом обеспечивается за счет создания упорядоченной системы, которая соответствовала бы современному уровню развития военной фармации.

Таким образом, для обеспечения нормального функционирования фармацевтической терминологиив ВС РФнеобходимопровести систематизацию и уточнение значений терминов, придать логическую стройность языку военной фармации, проанализировать и выбрать оптимальные формы терминов, а также устранить синонимию и многозначность терминов.Такой подход позволит не только упорядочить термины и определения, используемые в практике военного здравоохранения, но и обеспечит преемственность и юридическую грамотность специалистов медицинского снабжения ВС РФ.

Мирошниченко Ю.В., Щерба М.П., Родионов Е.О., Тихонов А.В.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВВОЕННОМ И ГРАЖДАНСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Сахарный диабет (СД) практически во всех странах мира является противопоказанием для поступления на военную службу. Вместе с тем, наблюдается устойчивая тенденция к росту показателей заболеваемости СД военнослужащих и пенсионеров Министерства обороны (МО) РФ.

Принятие решения о пригодности к военной службе проводится на основе экспертных критериев, представленных в постановлении правительства (ПП) РФ от 04.07.2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Военнослужащие с СД освидетельствуются по статье расписания болезней «Болезни эндокринной системы и обмена веществ». Проходящий военно-врачебную экспертизу признается не годным к военной службе только при тяжелой стадии СД, характеризующейся наличием поздних осложнений.

В соответствии с Приложением к указаниям начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ от 14.03.2011 г. № 161/2/2/300 для офицеров, военнослужащих по контракту, офицеров запаса (в отставке), а также для иных категорий граждан,предусмотрено оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в военно-медицинских организациях (ВМО) по территориальному принципу. В соответствии с федеральным законом (ФЗ) от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» военнослужащие и отдельные категории военных пенсионеров имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами (ЛС) за счет МО РФ.

Прикрепление пенсионеров МО РФ к ВМО осуществляется на основании заявления (рапорта) и документов, прилагаемых к нему: пенсионного удостоверенияили справки,

выданной военным комиссариатом по месту получения пенсии (с отметкой о праве на бесплатную медицинскую помощь в ВМУ);военного билета офицера запаса;паспорта с отметкой о постоянной регистрации по месту жительства;открепительного талона (для офицеров, состоявших на момент увольнения с военной службы на медицинском обеспечении в другом ВМУ); (при наличии) полиса обязательного медицинского страхования (ОМС).Кроме того, при наличии полиса ОМС пенсионер МО РФ имеет право стать на учет в медицинскую организацию по месту жительства и соответственно участвовать в федеральных и региональных программах льготного лекарственного обеспечения (ЛО) при условии отношения к льготным категориям граждан.

СД является социально-значимым заболеванием, являющимся помимо всего прочего категореобразующим. Так, при наличии СД у пациента, последний будет обладать правом на ЛО по региональной льготе в соответствии с ПП РФ от 30.07.1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения ЛС и изделиями медицинского назначения». Условием для обеспечения ЛС пациентов с СД за счет федерального бюджета является наличие установленной инвалидности при отсутствии принадлежности к другой категории федеральных льготников в соответствии с ФЗ РФ от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Таким образом, ЛО пациентов с СД регулируется нормативными и правовыми актами, применение которых на практике в ряде случаев приводит к возникновению правовых коллизий. Обусловленный ведомственными барьерами факт «дублирования» льгот отдельным категориям населения нарушает принцип конституционного солидарного равенства возможностей граждан в адекватном лекарственном обеспечении (ЛО) по показателю экономической доступности независимо от имущественного и должностного положения.

МихайленкоА.А., КрасноружскийА.И., ГусеваН.А.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ МОДИФИКАЦИЙ РЕФЛЕКСА БАБИНСКОГО

г.Санкт-Петергург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

При вызывании рефлекса Бабинского не рекомендуется наносить раздражение под пальцами, так как оно способно инициировать защитную рефлекторную реакцию с тыльной флексией большого пальца. Однако среди многочисленных вариантов техники вызывания рефлекса Бабинского рекомендуют нанесение раздражения в области борозды большого пальца, на его внутренней и наружной стороне. При сравнительном изучении этих рефлексов с другими стопными феноменами у 50 пациентов с патологией ЦНС установлено, что возникающие реакции являются вариантом рефлекса Бабинского тогда, когда тыльная флексия пальца носит медленный тонический характер, которой сопутствуют симптом «веера пальцев» и другие патологические стопные феномены, а движения в стопе, коленном и тазобедренном суставах отсутствуют.

Среди немалого числа активных движений, способствующих вызыванию рефлекса Бабинского, рекомендуют тыльное и подошвенное сгибание стопы. Нами предложен вариант тыльной и подошвенной флексии стопы с преодолением сопротивления этим движениям.

Среди 70 пациентов с патологией ЦНС тыльное и подошвенное сгибание стопы сопровождалось разгибанием большого пальца соответственно в 14 и 17%, а с сопротивлением в 28 и 56%. Таким образом, предложенный вариант методики, особенно подошвенное сгибание с преодолением сопротивления, существенно увеличивает частоту обнаружения искомого рефлекса, что позволяет такую модификацию инициации рефлекса рекомендовать для использования в клинической практике.

Михайленко А.А., Литвиненко Е.В., Ильинский Н.С., Гусева Н.А., Аношина Е.А.

ВОПРОСЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЕМИОЛОГИИ: ВАРИАНТЫ РЕФЛЕКСА СГИБАНИЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Пальце-кистевые рефлексы относятся к числу наиболее часто выявляемых патологических кистевых феноменов. Рефлексы этой группы (Россолимо-Тремнера-Вендеровича, Россолимо-Стерлинга, Гоффманна, Вартенберга, Лещенко и др.) характеризует однозначный рефлекторный ответ, а различаются они только местом нанесения раздражения.

Было проведено сравнительно изучение всего спектра кистевых рефлексов у 320 молодых здоровых лиц мужского пола в возрасте 18-25 лет и у 482 пациентов с полиморфной неврологической патологией. У здоровых лиц пальце-кистевые рефлексы обнаруживались с частотой 0,28-1,4%, а у больных установлено очевидное доминирование феноменов Россолимо-Тремнера-Вендеровича, Россолимо-Стерлинга, Вартенберга.

Следовательно, наиболее адекватный и информативный способ выявления рефлексов искомой группы – нанесение раздражения на дистальные фаланги всех пальцев в пронационном и супинационном положении кисти. В случаях, когда рефлекс сгибателей пальцев симметрично повышен и ему не сопутствуют другие патологические знаки разной локализации, его следует интерпретировать как проявление гиперрефлексии. Только анизорефлексия, сочетающаяся с другими патологическими знаками, характеризует поражение пирамидной системы органического характера.

МихеевА.В., Русев И.Т., Шинкарева О.Г.

РОЛЬ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННОМ ГОСПИТАЛЕ

Военно-медицинская академия им. С.М Кирова

Статья 90 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет необходимость осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ВККБМД) в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» проведение проверок соблюдения порядков оказания медицинской помощи и осуществления ВККБМП медицинской организацией составляет содержание лицензионного контроля.

В настоящее время наиболее приемлемой считается трехуровневая схема построения ВККБМП: руководитель структурного подразделения – заместитель руководителя медицинской организации – врачебная комиссия медицинской организации. В тоже время нормативными документами не определена ключевая роль врачебной комиссии как координирующего органа медицинской организации в вопросах ВККБМП, не определены конкретные мероприятия, осуществляемые врачебной комиссией в этой сфере. Координирующая роль врачебной комиссии в этом вопросе определяется тем, что целями медицинской комиссии является совершенствование организации оказания медицинской

помощи гражданам, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики и лечения и медицинской реабилитации.

Приказом Заместителя Министра обороны Российской Федерации от 27.10.2015 г. № 1035 «Об организации в Вооруженных Силах Российской Федерации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» предписано разработать порядок организации ВККБМД Вооруженных Силах РФ в соответствии с Методическими рекомендациями, предложенными ГВМУ МО РФ. При построении ВККБМД в военно-медицинской организации рекомендуется трехуровневая схема, при этом объем работы врачебной комиссии по вопросам ВККБМП должен быть определен приказом руководителя (начальника) военно-медицинской организации. В связи с этим у руководителя (начальника) военно-медицинской организации возникает вопрос об объеме компетенции врачебной комиссии в области ВККБМД.

В связи с этим представляется актуальным рассмотреть основные направления деятельности врачебной комиссии в военного госпиталя в области ВККБМД.

Прежде всего, надо понимать, что ВККБМД должен быть внутренним механизмом повышения эффективности работы военного госпиталя за счет уменьшения количества дефектов оказания медицинской помощи, повышения эффективности взаимодействия в системе «врач-пациент» в рамках правового поля, рационального использования ограниченных ресурсов военного здравоохранения.

Следовательно, основными направлениями деятельности врачебной комиссии военного госпиталя в сфере ВККБМД должны быть следующие:

- организация работы по соблюдению прав граждан (в том числе, военнослужащих) при оказании им медицинской помощи в военном госпитале;
- анализ соблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, а также клинических рекомендаций;
- обеспечение качества и безопасности оказания медицинской помощи;
- обеспечение качества и безопасного обращения медицинских изделий;
- обеспечение качества и безопасного обращения лекарственных средств;
- обеспечение соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций применяемых к ним ограничений при осуществлении профессиональной деятельности;
- обеспечение инфекционной безопасности в военном госпитале;
- обеспечение безопасного обращения медицинских отходов;
- обеспечение надлежащего уровня подготовки и квалификации медицинских кадров;
- обеспечение безопасности при обработке персональных данных и работе с конфиденциальной информацией;
- обеспечение безопасных условий оказания медицинской помощи.

В целях сохранения эффективности ВККБМД чрезвычайно важно избежать дублирования функций на различных уровнях. В связи с этим компетенцией врачебной комиссии должно быть решение сложных вопросов, а также вопросов, требующих коллегиального решения, осуществление организационных мероприятий в масштабах военного госпиталя, а также гарнизона: проведение совещаний, методических занятий, научно-практических конференций, планирование обучение персонала, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой.

Важно помнить, что в соответствии с Методическими рекомендациями ГВМУ МО РФ врачебная комиссия военного госпиталя может выполнять функции ВККБМД третьего уровня для военно-медицинских подразделений воинских частей и соединений в зоне ответственности, что также важно при определении направлений работы врачебной комиссии военного госпиталя.

Таким образом, несмотря на важное место врачебной комиссии в трехуровневой схеме ВККБМД медицинской организации (военного госпиталя), объем деятельности врачебной комиссии по этому направлению в нормативных документах не конкретизирован.

Возможность работы врачебной комиссии военного госпиталя как уровня ВККБМД для военно-медицинских подразделений частей и соединений в зоне ответственности военного госпиталя требует детальной нормативной проработки. При построении системы ВККБМД в военном госпитале важно избежать дублирование функций на различных уровнях.

Мироненко А.Н.,Иорданишвили А.К., Бобунов Д.Н., Лещук Г.С.

МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;

г. Санкт-Петербург, Городская больница № 15;

г. Иваново-Франковск, Областная стоматологическая поликлиника

В научных работах отечественных и зарубежных стоматологов и организаторов здравоохранения показано, что несвоевременная диагностика заболеваний жевательного аппарата, неэффективная подготовка полости рта к протезированию зубов приводят к осложнениям протезирования в гарантийные сроки пользования разными видами зубных протезов. Это обусловливает возникновение в повседневной деятельности стоматологических поликлиник и кабинетов конфликтных ситуаций и появления у пациентов пожилого и старческого возраста претензий к этим лечебно-профилактическим учреждениям. Поэтому исследование посвященное изучению медико-организационных аспектов осложнений зубного протезирования у лиц старших возрастных групп актуально для медицины и практического здравоохранения и направлено на совершенствование оценки причинно-следственной связи технологий стоматологического лечения и осложнений зубного протезирования у людей пожилого и старческого возраста.

Проведено клиническое исследование (более 1000 протезоносителей) по изучению причин повторных обращений в стоматологические лечебные учреждения пациентов, которым были изготовлены несъёмные (металлокерамические, цельнолитые и традиционные зубные протезы) и съёмные зубные протезы.Было установлено, что осложнения при использовании зубных протезов в гарантийные сроки пользования ими у людей старших возрастных групп, встречаются гораздо чаще, чем это описывается в литературе, и не ограничиваются только преждевременным нарушением фиксации, поломками, воспалением пульпы опорных зубов различного генеза и т.п. У большинства осмотренных пациентов одновременно диагностировалось два или три недостатка протезирования.Нами изученаполнота заполнения первичной медицинской документации, что дало возможность разработать меры направленные на совершенствование информационного обеспечения зубного протезирования. Также были разработаны алгоритмы выработки экспертных решений по качеству проведенного протезирования в случае конфликтных ситуаций и судебно-медицинской экспертизе, что позволит повысить их полноту и объективность. Показано, что сохраняющееся низкое качество ведения медицинской документации в стоматологических учреждениях различной формы собственности, оставляют за пациентами возможность объективных и обоснованных претензий к этим учреждениям на качество оказания им стоматологической помощи. Также установлено, что именно качество зубопротезной помощи (в 13,5 % случаев) и квалификация медицинского персонала (в 12,5 % случаев) являются основными факторами конкурентоспособности учреждений, которыми руководствуются при их выборе лечения люди пожилого и старческого возраста, а основными факторами повышения эффективности работы медицинского персонала с людьми пожилого и старческого возраста и качества проводимого им лечения, являются мотиваторы социальной значимости.

В ходе исследования разработаны инновационные способы выявления шумовых симптомов в области височно-нижнечелюстного сустава, новизна которых подтверждена патентом РФ на изобретение и патентом РФ на полезную модель, а именно электронный стето-фонендоскоп. Также получен патент РФ на изобретение № 2351280 от 10.04.2009 г. «Способ дифференциальной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава», и патент РФ на полезную модель № 75927 от 10.09.2008 г. «Устройство для диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава».

Морозов С.Л., Куликов А.Н., Смирнов С.В., Потапов Е.А., Дискаленко О.В., Кучмин А.Н., Изотова А.Б., Черняховская А.А.

АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ЧТО В АРСЕНАЛЕ У ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА?

Санкт-Петербург, кафедра пропедевтики внутренних болезней, ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Цель работы. Определить влияние режима амбулаторного наблюдения за больными гипертонической болезнью (ГБ) на эффективность проводимого лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 86 больных ГБ I-II стадии Обследуемые пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от периодичности медицинских осмотров: через 1, 3, 6 и 12 мес. Длительность наблюдения для всех категорий пациентов с ГБ составила 1 год. Сравниваемые группы больных были исходно сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания, показателям гемодинамики и проводимой терапии. Проводились объективное обследование пациентов, стандартные лабораторные исследования, инструментальные методики (аутометрия АД, эхокардиография), анкетирование с помощью вопросников по оценке комплаенса и качества жизни (Мориски-Грина и SF-36).

Результаты исследования. Было выявлено, что больные ГБ, посещавшие врача через 1 и 3 мес., чаще положительно оценивали динамику своего самочувствия в процессе лечения, нежели пациенты, приходившие на врачебные осмотры через 6 и 12 мес. Различия по частоте гипертонических кризов были недостоверны, но несколько ниже в первых двух группах. Вместе с тем, головная боль беспокоила пациентов с ежемесячными и трехмесячными визитами к врачу значительно реже, что, на наш взгляд, определяло и более лучшее их общее самочувствие.

Результаты недельной (перед визитом к врачу) аутометрии АД также продемонстрировали достоверное преимущество более активной тактики амбулаторного наблюдения с визитами через 1 и 3 мес. Так, среднее систолическое АД за неделю в сравниваемых группах пациентов с ГБ составило соответственно 135,5±3,5, 137,4±3,3, 138,5±3,1 и 145,5±4,5 мм рт. ст. Среднее диастолическое АД за неделю зарегистрировано на уровне 83,3±2,3, 86,0±1,7, 89,1±2,0 и 95,0±3,2 мм рт. ст. Следует отметить, что у больных ГБ, посещавших врача через 1 и 3 мес., удалось достичь целевого уровня АД, что явилось, на наш взгляд, следствием лучшей приверженности к назначаемой гипотензивной терапии.

Оценка качества жизни больных ГБ с помощью вопросника SF-36 продемонстрировала достоверные различия по шкалам физической работоспособности, физического состояния и общего здоровья, уровень которых был наибольшим в 1-й группе.

Вывод. Периодичность врачебных осмотров – важный фактор, влияющий на эффективность терапии больных ГБ. Более частые осмотры пациентов при динамическом врачебном наблюдении повышают их приверженность лечению, что положительно сказывается на динамике клинических показателей, качестве жизни больных и их кардиоваскулярном прогнозе. Оптимальным интервалом времени между визитами к врачу является 1-3 мес.

Музыкин М.И., Поплавский Д.В., Лещук Г.С., Иорданишвили А.К.

КОНСЕРВАЦИЯ ЛУНКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;

г. Санкт-Петербург, Группа компаний фирмы «МЕДИ»;

г. Иваново-Франковск, Областная стоматологическая поликлиника

До настоящего времени в клинической стоматологии не исследовались вопросы по защите лунки зуба после его удаления.

Цельклинического исследования состояла в изучении частоты использования и анализе методов по защите лунки зуба после его удаления, а также при пластике одно-, двух и трёх стеночного дефекта костной ткани после установки дентального имплантата у взрослых людей разных возрастных групп.

В ходе клинического исследования изучена первичная медицинская документация (ПМД) государственных, ведомственных и частных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 2012-2015 гг. Была исследована ПМД в двух городских стоматологических поликлиниках разных районов Санкт-Петербурга, которые были условно обозначены: городская стоматологическая поликлиника А и городская стоматологическая поликлиника Б, ведомственные ЛПУ также были также зашифрованы: учреждение А и учреждение Б. Клинический материал трёх частных ЛПУ, расположенных в городе и области, был проанализирован совместно, без разделения. Всего было проанализировано 150816 первичных медицинских документов (ПМД), главным образом амбулаторных карт стоматологических больных и истории болезней пациентов специализированного стационара многопрофильной клиники.

Анализ ПМД показал, что в городских стоматологических поликлиниках Санкт-Петербурга применялась пластика дефектов костной ткани при установке дентальных имплантатов, которая в структуре костнопластических операций составила 67% и 82% соответственно, расщепление тонкого альвеолярного гребня проводилось в 12% и 8% случаев, соответственно, аутокостный блок применялся в 21% и 10%случаев, соответственно.В двух обследованных ведомственных ЛПУ наиболее из костнопластических операций на челюстях часто применялось расщепление тонкого альвеолярного гребня – 35% и 48% случаев соответственно, пластика с использованием костного блока – 35% и 28%, а также пластика несколько-стеночного дефекта в 30% и 24% случаев соответственно, в учреждении А и Б.В частных стоматологических клиниках Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 77% случаев выполнялась пластика 1-но, 2-х и 3-х стеночных дефектов, реже – в 16% случаев – расщепление тонкого альвеолярного гребня, еще реже (в 7% случаев) применялись аутокостные блоки.Следует отметить, что трёхмерная костная пластика на челюстях во всех ЛПУ выполнялась чаще с использованием коллагеновой мембраны. В городских стоматологических поликлиниках мембрана с памятью формы применялась в 33% и 12% случаев соответственно. В ведомственных учреждениях в 48% и 12% случаев, соответственно, в частных клиниках – в 27% случаев.Следует отметить, что трёхмерная костная пластика на челюстях во всех ЛПУ выполнялась чаще с использованием коллагеновой мембраны. В городских стоматологических поликлиниках мембрана с памятью формы применялась в 33% и 12% случаев соответственно. В ведомственных учреждениях в 48% и 12% случаев, соответственно, в частных клиниках – в 27% случаев.Защита лунки после удаления зуба в большинстве случаев если и проводилась, то выполнялась без использования коллагеновой мембраны.

В городских стоматологических поликлиниках данный показатель составил менее 1%, в ведомственных учреждениях около 5%, в частных стоматологических клиниках– около 20%, что скорее всего обусловлено большей платежеспособностью пациентов, а также временем отводимым на прием каждого пациента, в том числе возможностью просветительской работы, а также планирования лечебно-профилактических мероприятий.

Мурзина Е.В., Веселова О.М., Губанов А.И., Каширцева Е.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМУЛЬСИИ НА ОСНОВЕ ПЕРФТОРУГЛЕРОДОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Поиск средств и способов повышения эффективности антибактериальной терапии является непреходяще актуальной задачей как практической медицины, так и фундаментальной науки. В качестве потенциального средства обеспечения и усиления этиотропного лечения рассмотрен искусственный плазмозаменитель с газотранспортной функцией на основе перфторуглеродных соединений «Перфторан» (ПФ). Первоначально ПФ предназначался для восполнения кровопотери. Однако последующие многочисленные исследования показали высокую эффективность инфузий ПФ при включении его в схемы лечения патологических состояний различного генеза. Клиническая эффективность ПФ показана и при его внесистемном введении – внутрибрюшинном, энтеральном, эндотрахеальном, внутритканевом, паравульнарном и др.

Целью исследования явилась экспериментальная оценка возможности использования ПФ в качестве средства, модифицирующего фармакокинетические характеристики антибиотиков, для повышения эффективности антибактериальной терапии.

Исследование проведено в опытах *invivo* на кроликах-самцах породы Шиншилла массой тела 2,8-3,2 кг. Использовали перфторуглеродную эмульсию «Перфторан» и антибиотики широкого спектра действия цефазолин и ампициллин. Содержание антибиотиков в плазме крови определяли методом ВЭЖХ высокого давления в обращено-фазном варианте. Оценку значимости различий констант и параметров фармакокинетики антибиотиков, рассчитанных методом формального математического моделирования в рамках двухкамерной модели, проводилис помощью непараметрического критерия Вилкоксона с использованиемпакета прикладных программ Statistica 8,0.

Исследовано влияние ПФ на фармакокинетику антибиотиков в трех сериях опытов – в/в введение антибиотиков после инфузии ПФ (5,0 мл/кг,в/в); в/м введение антибиотиков после инфузии ПФ (5,0 мл/кг,в/в); в/м введение композиции «антибиотик + ПФ» (введенная доза ПФ составила 1,0 мл/кг). Цефазолин во всех сериях вводили в дозе 20 мг/кг; ампициллин – 100 мг/кг.

Результаты проведенного исследования показали, что влияние ПФ на фармакокинетику совместно вводимых антибиотиков зависит от способов введения и схемы сочетания препаратов и эмульсии. Так, в/в введение антибиотиков на фоне циркуляции в кровотоке ПФ приводило к их более быстрой элиминации из сосудистого русла, наиболее существенной в случае цефазолина. В/м введение цефазолина и ампициллина после в/в инфузии перфторана не вызывалосущественных изменений фармакокинетических характеристик данных антибактериальных препаратов. Наибольшую клиническую значимость представляет одновременное в/м введение композиции «антибиотик + ПФ». При данном способе введения было выявлено снижение поступления обоих антибиотиков в кровоток, о чем свидетельствовало статистически значимое снижение величин максимальной концентрации препаратов в крови – цефазолина с 4,18 мкг/мл до 2,22 мкг/мл, ампициллина – с 83,9мкг/мл до 59,0 мкг/мл ($p<0,05$), а также их суммарного содержания в крови за 24 ч – цефазолина с 9,68 мкг·ч/мл до 5,44 мкг·ч/мл, ампициллина – с 298 мкг·ч/мл до 189 мкг·ч/мл ($p<0,05$).

Таким образом, комплексное регионарное введение антибактериальных препаратов и перфторуглеродной эмульсии приводит к снижению полноты поступления антибиотиков в кровоток.Данный способ представляется перспективным для использования в хирургии и травматологии для оптимизации условий заживления ран наружной локализации, поскольку может способствовать не только нормализации кислородного режима в тканях, но и пролонгации действия антибиотиков в раневой поверхности.

Мурыванова Н.Н.[1] Буланьков Ю.И.[2], Белозеров Е.С.[2],

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И НАРКОТИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ, КАК ФАКТОР ИНФИЦИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

[1]*Ульяновск, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»*

[2]*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова*

Употребление наркотических препаратов парентерально является одним из основных факторов распространения ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации (более 60% больных инфицированы гемоконтактным наркотическим путем). Для Ульяновской области этот показатель еще выше и достигает 71%. Одним из значимых факторов «рискованного» сексуального поведения подростков и начала употребления психоактивных препаратов является алкоголизация.

Цель: Изучение распространенности наркотизации и алкоголизациимолодежи Ульяновской области, как предикторов заражениягемоконтактными инфекциями и ИППП.

Материалы исследования: результаты анонимного анкетного опроса молодежи города Ульяновска (511 человек) с использованием оригинальной анкеты: 145 - студенты первого курса немедицинских вузов, 232 - студенты 1 курса медицинского факультета и 134 - учащиеся профессионально-технических училищ.

Результаты.

Наркотизация. Никогда не употребляли наркосодержащие препараты 90,8% девушек и 80,5% юношей, обучающихся в ВУЗе.

До 9% подростков (абитуриенты, студенты 1-го курса) уже пробовали наркотики. Осознает личную и социальную опасность употребления наркотических средств большая часть (54%) опрошенных, но значительная часть студентов (46%) относится к употреблению наркотиков нейтрально, не подвергает осуждению, считает это сугубо личным делом человека.

Алкоголизация. Установлено, что процент не употребляющих крепкие спиртные напитки составил среди девушек - 20 %, а среди юношей -14 %. Один раз в неделю употребляют алкоголь 2,7 % девушек и 3,5% юношей, несколько раз в месяц употребляют 28,5% девушек и 34,3% юношей. Около половины студентов употребляют крепкие спиртные напитки несколько раз в год (48,3% и 46,4% соответственно).

При опросе о возрасте начала употребления алкоголя установлено, что 5,9 % девочек и 7,7%мальчиков начали употребление спиртных напитков в возрасте 9-13 лет. Почти половина юношей и девушек в возрасте 14-16 лет имеют опыт употребления крепких спиртных напитков (45,7% и 49,4% соответственно), четверть студентов (21,4% и 25,3%) начали употребление алкоголя в период обучения.

Все (100%) юношей и девушек, имеющих опыт наркотизации, употребляют алкоголь. Заключение: В г. Ульяновске и Ульяновской области сохраняется достаточно большая прослойка подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ, что является реальной предпосылкой распространения ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

Отношение молодежи к наркомании как явлению и наркопотребителям как членам социума становится менее жестким, в обществе вырабатывается толерантность к данному контингенту. Толерантность к больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией сопровождается негативной тенденцией развития толерантности общества к самой проблеме ВИЧ/СПИД.

Алкоголизацию подростков, которая имеет гораздо большее распространение и более раннее начало, следует рассматривать в качестве предиктора наркопотребления молодежью и обязательно учитывать при разработке профилактических программ для этой когорты населения страны.

Мусинов И.М.

ГИПЕРКАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРКОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

кафедра военно-морской хирургии

Тромбоэмболия легочной артерии, возникающая в послеоперационном периоде у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, утяжеляет их состояние и резко ухудшает результаты лечения. Ретроспективный анализ 44 историй болезни пациентов, умерших от язвенного желудочно-кишечного кровотечения, выявил, что у 32% (14 больных) тромбоэмболия легочной артерии явилась непосредственной причиной смерти и оказалась второй после острой сердечно-сосудистой недостаточности (34%) причиной летальных исходов. Учитывая внезапный характер и опасность этого грозного осложнения, особую актуальность приобретают лабораторные критерии диагностики гиперкоагуляционного синдрома крови, который сопутствует тромбоэмболии легочной артерии, и его профилактика.

Цель настоящего исследования – выявить лабораторные критерии гиперкоагуляционного синдрома у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и разработать способы его коррекции.

Для этой цели всесторонне исследована система гемостаза у 130 больных с язвенными кровотечениями. В результате проведенного исследования установлено, что изменения в системе гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении носят фазовый характер – гиперкоагуляция сменяется гипокоагуляционными изменениями разной степени выраженности. Чем сильнее кровопотеря, тем выраженнее активация свертывающей системы, направленная на его остановку, и развивающаяся в последствии гипокоагуляция крови. У 28% больных наблюдались лабораторные признаки ДВС-синдрома.

В зависимости от тяжести кровопотери, проводимого лечения и реактивности организма, гипокоагуляция в крови сохраняется разное время. Чем легче кровопотеря, тем быстрее восстанавливается коагуляционный потенциал крови. У большинства больных система гемостаза приходит в физиологическую норму.

Однако у 30% больных с легкой, у 37% – со средней и у 40% - с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей наблюдалась парадоксальная реакция – после гипокоагуляции развивалась гиперкоагуляция крови. Она характеризовалась укорочением коагуляционных тестов (активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение), увеличением в крови растворимых фибрин-мономерных комплексов, реже - снижением активности антитромбина III. При нормальном количестве тромбоцитов увеличивалось содержание их активных форм. Данные изменения в системе гемостаза свидетельствуют о развитии *гиперкоагуляционного синдрома*, который носит стойкий характер и в условиях гиподинамии может привести к тромбоэмболии легочной артерии как в госпитальных условиях, так и после выписки из стационара.

В 85% случаев гиперкоагуляционный синдром наблюдался у больных старше 50 лет. Данный факт во многом связан с тем, что с возрастом повышается экспрессия эндотелием сосудов тканевого фактора и других прокоагулянтных веществ, дольше восстанавливаются реологические свойства крови, что ведет к стойкому повышению внутрисосудистого свертывания крови.

Устранение гиперкоагуляционного синдрома в условиях послеоперационной гиподинамии является необходимым для ведения больных в раннем и позднем постгеморрагическом периоде. Назначение небольших доз (5000-10000 ЕД в сутки) гепарина с третьих суток послеоперационного периода приводит к умеренной гипокоагуляции (АЧТВ увеличено в 1,5-1,7 раза) и устранению повышенной внутрисосудистой активации системы

гемостаза. После восстановления двигательной активности показан перевод больного на прием непрямых антикоагулянтов (варфарин) под контролем свертываемости крови.

Мучаидзе Р.Д., Данцев В.В., Спицын М.Г., Шитов Ю.Н.

ГЕННО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ - НОВЫЙ ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В XXI ВЕКЕ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

За последние 15-20 лет в мировую и отечественную клиническую практику вошел новый класс лекарственных средств - генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Эти препараты нашли применение в самых различных областях медицины - ревматологии, гастроэнтерологии, дерматологии, онкогематологии и т.д. Использование ГИБП - это новый подход к лечению многих иммуноопосредованных воспалительных и онкологических заболеваний, основанный на целенаправленном ("точечном") блокировании аутоиммунного воспаления и опухолевого роста с помощью моноклональных антител, растворимых рецепторов или антагонистов рецепторов ключевых провоспалительных и иных цитокинов, CD, других биологически активных молекул, иммунокомпетентных клеток. Благодаря ГИБП удается существенно улучшить качество жизни пациентов, а в ряде случаев - достичь длительной и стойкой ремиссии. Это лечение получило общее название "биологическая" ("антицитокиновая", "таргетная") терапия. Важнейшие группы ГИБП: ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), противоопухолевые моноклональные антитела, ингибиторы интерлейкина, селективные иммунодепрессанты, ингибиторы ангиогенеза и др. Ряд ГИБП включен в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов", утверждаемый Правительством РФ, и "Формуляр лекарственных средств медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации" (по списку № 5 лекарственных средств для оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях в центральных военно-медицинских организациях). Сама терапия ГИБП отнесена к высокотехнологичной медицинской помощи, для оказания которой в ведущих медицинских организациях созданы специализированные центры и кабинеты антицитокиновой терапии (терапии ГИБП).

Важным свойством ГИБП, наряду с их высокой эффективностью, является снижение резистентности к различным инфекционным заболеваниям. Биологическая роль ФНО-α, других цитокинов и иммунокомпетентных клеток важна и многообразна. Подавление их функций не только тормозит аутоиммунное воспаление и опухолевый рост, но и приводит к ослаблению иммунной защиты организма, повышению его восприимчивости к инфекциям, включая туберкулез. Развитие туберкулеза возможно вследствие эндогенной реактивации, а также в результате свежего экзогенного заражения. Риск туберкулеза на фоне терапии ГИБП повышается в 5-10 и более раз. Больным туберкулезом терапия ГИБП противопоказана.

До начала лечения ГИБП необходим скрининг на туберкулез, признаки перенесенного туберкулеза и латентную туберкулезную инфекцию (ЛТИ). Обязательный объем скрининга: а) клиническое исследование (жалобы, анамнез, сведения о тубконтакте, туберкулезе и ЛТИ в настоящее время и в прошлом, физикальное обследование); б) лучевое исследование (рентгенография ОГК в 2-х проекциях); в) иммунологический тест на наличие ЛТИ (кожный тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или пробыinvitrona высвобождение ИФН-γ в цельной крови). Показания к компьютерной томографии (КТ ОГК): а) наличие клинических признаков туберкулеза, указаний в анамнезе на туберкулез, тубконтакт; б) любые выявленные на рентгенограмме ОГК изменения органов дыхания; в) положительный результат иммунологического теста на наличие ЛТИ. Показания для назначения лечащим врачом консультации фтизиатра до начала лечения ГИБП: а) подозрение на туберкулез любой локализации по результатам клинико-лучевого обследования; б) указание в анамнезе на туберкулез, тубконтакт; в) наличие посттуберкулезных изменений по данным КТ ОГК; г)

положительный результат иммунологического теста на наличие ЛТИ, даже при отсутствии патологии по данным КТ ОГК. Фтизиатр дает заключение о наличии (отсутствии) данных за туберкулез, по показаниям назначает превентивную противотуберкулезную терапию, а также дальнейший мониторинг туберкулеза в процессе лечения ГИБП и после его завершения.

Мучаидзе Р.Д., Данцев В.В.

ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Централизованный контроль за диспансерным наблюдением больных туберкулезом в военных округах (на флотах) организуется в военно-медицинских организациях, имеющих в своем штате туберкулезные отделения (600-коечных и отдельных 300-коечных военных госпиталях). Ключевым звеном является работа врачебной контрольной комиссии (ВКК) организации. Комиссия создается приказом руководителя организации и включает наиболее квалифицированных специалистов: фтизиатра, рентгенолога, хирурга (имеющего подготовку по торакальной хирургии), врача-методиста, секретаря. Комиссия заседает, в зависимости от объема работы, 1-2 раза в неделю в определенные дни. Решения ВКК записывают в историю болезни и специальный журнал, фиксируют общие сведения о больном, жалобы, анамнез, результат ретроспективного анализа флюорографического архива, данные объективного обследования и результаты значимых специальных исследований, диагноз, заключение комиссии или рекомендации о дополнительном обследовании (лечении) с повторным представлением на комиссию. Больного на ВКК представляет лечащий врач - фтизиатр.

Среди пациентов, поступающих в туберкулезные отделения, большинство нуждается в дифференциальной диагностике туберкулеза и других заболеваний, а также в уточнении активности специфических изменений в органах дыхания и других органах. Комиссионное рассмотрение специалистами разного профиля результатов их обследования и лечения улучшает качество диагностики туберкулеза, снижает риск диагностической ошибки, особенно - при отсутствии прямых признаков, подтверждающих диагноз "туберкулез" (бактериологических или гистологических), но при наличии типичной клинико-лучевой или инструментальной картины болезни. Также это уменьшает вероятность гипердиагностики туберкулеза и его рецидива, сокращая показания к пробной химиотерапии.

При невозможности для военно-медицинской организации выполнить установленный алгоритм диагностики туберкулеза, подтвердить (исключить) туберкулез после проведения комплекса диагностических исследований или установить окончательный диагноз, комиссия рекомендует перевод больного на вышестоящий этап оказания фтизиатрической помощи.

ВКК военно-медицинской организации подтверждает (снимает) диагноз туберкулеза у больных, определяет и контролирует тактику их дальнейшего лечения и диспансерного динамического наблюдения, в том числе - на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Несмотря на целесообразность и формальную необходимость создания и работы ВКК военно-медицинской организации, в отдельных случаях это не представляется возможным. Среди хирургов может не быть специалиста с подготовкой по торакальной хирургии. Из-за кадрового дефицита в военном госпитале может работать лишь один фтизиатр (заведующий отделением, он же - лечащий врач), что очевидно затруднит объективную критическую оценку его собственной лечебно-диагностической работы. Туберкулезное отделение территориально может располагаться в значительном отрыве от основной базы военного госпиталя, что усложняет связь и взаимодействие специалистов - членов ВКК. В этих случаях больных фтизиатрического профиля военно-медицинской организации следует представлять на центральную ВКК областного (окружного, краевого, республиканского) или ближайшего городского (районного) противотуберкулезного диспансера по месту

дислокации туберкулезного отделения. В Российской Федерации установлен единый учет больных туберкулезом противотуберкулезными медицинскими организациями по территориальному принципу, независимо от ведомственной принадлежности, поэтому подобная практика оправдана. Протокол решения центральной ВКК противотуберкулезного диспансера на формализованном бланке вклеивается в историю болезни.

Надулич К.А, Теремшонок А.В., Нагорный Е.Б., Шмелева Е. С., Капилевич Б. Я.

ОЦЕНКА МР-ПРИЗНАКОВ СЕГМЕНТАРНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАИТИВНЫМ СПОНДИЛОЛИТЕЗОМО

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Тактика хирургического лечения больных с дегенеративным спондилолистезом во многом зависит от стабильности позвоночно-двигательного сегмента на уровне смещения. В ряде случаев стандартная рентгенологическая диагностика не позволяет достоверно оценить степень стабильности позвоночно-двигательного сегмента при дегенеративном спондилолистезе. Как правило, это связано с сопутствующими сегментарной нестабильности болевому вертеброгенному и мышечно-тоническому синдромам, которые не дают реализоваться патологическим смещениям позвонков при функциональной рентгенографии.

Целью исследования было выявить характерные признаки нестабильности позвоночника на поясничном уровне с использованием данных магнитно-резонансной томографии, сравнить их информативность с данными функциональной рентгенографии и интраоперационной оценкой стабильности пораженного ПДС.

Авторами проанализированы результаты обследования и лечения 90 больных, оперированных в клинике ВТО ВМедА по поводу дегенеративного спондилолистеза L4 позвонка I степени за период с 2008г. по 2015 г. Средний возраст больных составил 60,4±8,2 лет. Всем больным перед операцией выполняли функциональную рентгенографию и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. По данным функциональной рентгенографии больные были разделены на две группы: 1 - с нестабильным спондилолистезом и 2-я - без признаков нестабильности на уровне смещения. При сегментарной нестабильности позвоночника степень смещения позвонка по данным функциональной рентгенографии возрастала на 3 мм и более, либо угол между замыкательными пластинками смежных позвонков при разгибанииувеличивался более чем на 10 градусов, по сравнению, с нейтральным положением. В 1 группу вошло 60 больных, во 2-ю – 30. В 1 группе среднее смещение позвонка составляло 5,9±2,1 мм, угол между замыкательными пластинками при разгибании - 12,8±3,5 градусов. Во 2 группе – 1,8±1,2 мм и 4,6±2,3 градусов соответственно. При анализе данных магнитно-резонансной томографии позвоночника в режиме T2WI оценивали МР-сигнал от дугоотростчатых суставов, расстояние между их фасетками,а также изменения типа ModicI.

Высокий МР-сигнал от дугоотростчатых суставов на Т2 взвешенных сканах был зарегистрирован у 52 больных (86,6%) первой группы и лишь у 4 пациентов (13,3%) больных второй группы. Расстояние между фасетками дугоотростчатых суставов в первой группе составило 1,68±0,74 мм, во второй группе 0,81±0,4 мм. Изменения типа ModicI отмечены у 19 (31,6%) больных 1 группы и у 2 (6,7%) больных 2 группы.

Интраоперационная оценка стабильности пораженного позвоночно-двигательного сегмента выявила избыточную сегментарную подвижность у всех больных 1 группы и у 6 (20%) 2 группы. При этом у больных 6 (10%) группы с сегментарной нестабильностью определяли повышение сигнала от дугоотростчатых суставов и расширение суставной щели более 1,2 мм.

Проведенное исследование показало значимость данных МРТ в Т2 режиме, таких как повышение сигнала от дугоотростчатых суставов, увеличение расстояния между суставными

фасетками, и изменениями типа ModicI в оценке сегментарной нестабильности при дегенеративных поражениях позвоночника, в том числе и при дегенеративном спондилолистезе. Оценка вышеуказанных признаков МР признаков в сочетании с данными функциональной рентгенографии при предоперационном планировании может иметь значение в выборе объема оперативного вмешательства, в частности показаний к стабилизации позвоночника.

Назаров Ю.В.[1], Божченко А.П. [2]

ПОВРЕЖДЕНИЕ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА ПИЛОЙ: СЛУЧАЙ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ

1 - г. Санкт-Петербург, ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»;

1 - г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Имеющиеся в литературе сведения, посвященные вопросам механизма образования пиленых повреждений, относятся, в основном, к ручным пилам. Между тем, все чаще встречаются повреждения, причиненные электролобзиками – механическими пилящими орудиями, использующими для возвратно-поступательные движений режущей кромки работу электродвигателя. Поскольку публикации, посвященные повреждениям такими орудиями, единичны, предлагаем следующий случай из нашей экспертной практики.

В одном из лесных массивов в полиэтиленовом мешке были обнаружены фрагменты бедренных и плечевых костей неизвестного человека.Следствие установило личность убитого, а в качестве обвиняемой привлекло его сожительницу. Она указала на ножовку по металлу, как предмет, которым производилось расчленение. Перед экспертами были поставлены следующие вопросы:«1. Проводилось ли расчленение по верхним и нижним конечностям представленной ножовкой по металлу? 2. Если нет, то пилящим предметом с какими характеристиками производилось расчленение?»

Для ответа на поставленные вопросы, с разрешения назначившего экспертизу лица, представленной ножовкой были нанесены экспериментальные пиленые повреждения на костные препараты (бедренную и плечевую кости).При сравнительном исследовании свойств экспериментальных пиленых повреждений и пиленых повреждений костей, найденных в лесном массиве, установлены достоверные различия.В ходе проведения дальнейших исследованийсформулированы следующие выводы. Пиление осуществлялось за счет возвратно-поступательных движений полотна; величина колебаний полотна (возвратно-поступательных) составляла не менее 500 колебаний в минуту, т.е. пилящий предмет являлся механическим – приводимым в движение за счет работы двигателя (электрического, бензинового и т.д.); отсутствие на представленных объектах следов горюче-смазочного вещества предполагает использование при пилении энергии электродвигателя, т.е. расчленение тела осуществлялось электролобзиком; тип пиления электролобзика – вертикальный (перпендикулярный). Возможность причинения обнаруженных на трупе пиленых повреждений присланной на экспертизу пилой (ножовкой по металлу) исключена.

Следствие ознакомило подозреваемую с результатами экспертизы, после чего она назвала своего знакомого, который и производил расчленение трупа электролобзиком, хранившимся у него в гараже.В ходе обыска в указанном помещении был обнаружен и изъят электролобзик «AEGST» с пилкой.Перед экспертом были поставлен вопрос:«1. Производилось ли расчленение трупа представленным электролобзиком?»Сравнение экспериментальных пиленых повреждений, нанесенных полотном электролобзика, и повреждений на костях расчлененного трупа выявило их совпадение по основным признакам. Это позволило сделать вывод об использовании данного электролобзика для расчленения трупа.

Таким образом, в ходе проведения медико-криминалистического исследования было установлено, что отделение производилось пилящим предметом, в качестве которого, вероятно, было применена пила, приводимая в движение электромеханической тягой с возвратно-поступательным движением полотна (электролобзиком).Рабочая часть полотна имела волнистый развод, при этом ширина развода составляла 1,5 мм (±0,5 мм), высота зубцов 2 мм (±0,5 мм), расстояние между вершинами зубцов вдоль полотна пилы (шаг) находилось в диапазоне 2-3 мм.

Назаров Ю.В., Назарова Н.Е.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАНЕСЕННЫХ САБЕЛЬНЫМИ ЭЛЕКТРОПИЛАМИ

г. Санкт-Петербург, ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Экспертиза повреждений пилящими предметами, как никогда актуальна. Это обусловлено не только сравнительно высоким уровнем количеств повреждений пилящими предметами, но и ростом в свободном обращении новых видов пилящих орудий и устройств. Так, например, в экспертной практике все чаще стали встречаться повреждения механическими пилящими устройствами, приводимыми в движение за счет преобразования энергии, получаемой от различных типов двигателей (электрического, внутреннего сгорания), в частности – сабельные электропилы и электролобзики, которые уверенно вытесняют «обычные» ручные пилы.

В случае экспертизы пиленых повреждений, причиненных ручным пилящим электроинструментом с высокоскоростным возвратно-поступательным движением полотна (электролобзики и сабельные электропилы), при построении модели травмирующего предмета и установлении условий нанесения повреждений важной задачей, наравне с подтверждением или исключением пиленого происхождения ран, является определение элементного состава поверхности примененной пилки, что в совокупности позволяет достоверно идентифицировать применяемые полотна, и соответственно оказывать существенную помощь оперативным и следственным работникам в построении или проверке следственных версий. Целью данной работы явилось установление возможности выявления наличия привнесенных металлов в области пиленых повреждений кожи человека.

В ходе работы изучали особенности экспериментальных пиленых повреждений кожных покровов, причиненных сабельными электропилами в различных анатомических областях (предплечье, бедро), со средней частотой движения пилки - 1500 колебаний в секунду.Для экспериментов применялось одно из наиболее распространенных полотен к возвратно-поступательным электропилам – хромированное оцинкованное полотно с фрезерованными зубьями с простым наружным разводом с высотой зубцов 2,5 мм, шагом 4 мм, степенью развода 1,5 мм. Объектами исследования явились 20 экспериментальных пиленых повреждений, проведенных поперек выбранной конечности.

Полученные повреждения исследовались методом рентгеноспектрального флуоресцентного анализа на рентгено-флуоресцентном спектрометре «Спектроскан LF». В результате были выделены спектры железа, хрома, цинка, никеля, меди.Результаты экспериментов сравнивали между собой, а также с данными специальной литературы, содержащей сведения о «классических» пиленых повреждениях.В результате исследования методом рентгеноспектрального флуоресцентного анализа с последующей математической обработкой результатов установлено, что на поверхности кожных частей распилов произведенных сабельной электропилой не только обнаружено наличие хрома и содержание железа, но и установлено их пятикратное превышение относительно контроля. Данное превышение не встречается при применении ручных механических пил и возникает

вследствие высокочастотного трения полотна о поверхность кожи.

Таким образом, при проведении экспертиз пиленых повреждений с помощью рентгеноспектрального флуоресцентного анализа с учетом морфологической картины можно не только установить факт применения ручного пилящего электроинструмента с высокоскоростным возвратно-поступательным движением полотна, но и сделать предположение о химическом составе поверхности пилки.

Наумов К.М., Воробьев С.В., Степанов А.В., Дацко А.В.*

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

** г. Москва, Главный центр военно-врачебной экспертизы*

Изучение в клинической практике вопросов диагностики легкой черепно-мозговой травмы (лЧМТ), несмотря на большое количество проведенных исследований, не потеряло своей актуальности.Взначительной степени это обусловлено тем, что верификация диагноза основывается, прежде всего, на субъективных данных. Особенно актуальным это является при решении экспертных вопросов в целях установления причинно-следственной связи между нарушениями функции нервной системы и ранее перенесенной лЧМТ.

В настоящее время продолжают активно разрабатываться вопросы объективизации лЧМТ, а также выявления взаимосвязи между имевшей место травмой мозга и наблюдающимися в последующем синдромами поражения нервной системы. Отдельную проблему представляют собой лЧМТ, полученные в результате воздействия ударной взрывной волны, как вследствие особенностей механизма травматического воздействия, так и вследствие недостаточной диагностики, поскольку пострадавшие проходят лечение по поводу баротравмы и/или более актуальной сочетанной травмы других органов и систем.

Основными клиническими проявлениями лЧМТ, на которую опираются при установке диагноза являются: потеря сознания (любой продолжительности), ретро- и/или конградная амнезия, любые изменения психического статуса после травмы (ошеломление, дезориентация или спутанность) и локальный неврологический дефицит, который может носить преходящий характер. К сожалению, в распоряжении врача первичного звена, к которому часто попадает пациент после лЧМТ, отсутствует формализованная форма анализа клинической картины, что затрудняет оценку достоверности имевшихся изменений в состоянии здоровья как для изучения динамики заболевания, так и для принятия экспертного решения. Также это имеет важное значение при проведении дифференциальной диагностики с посттравматическим стрессовым расстройством, которое имеет сходную клиническую картину, особенно в отдаленном периодеперенесенной травмы мозга. Особый интерес представляет разработка простых методик для объективизации возможных функциональных изменений со стороны нервной системы. Наиболее перспективными в данном отношении мы считаем методики оценки состояния сложных координированных движений, вестибулярной функции, характеристик процессов регуляторной и нейродинамической функций.

Таким образом, разработка формализованной формы оценки состояния пациента, перенесшего лЧМТ, включающей краткие анамнестические данные, оценку клинической картины, результаты нейропсихологических и нейрофизиологических тестов и методик, является важной задачей как в целях решения проблем достоверности установления диагноза и динамики имеющихся изменений, так и для преодоления экспертных вопросов.

Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Медведев Н.П., Стальцов С.П.,

К ВОПРОСУ О ДИМЕНСИОНАЛЬНОМУ ПОДХОДУ В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Современные подходы к диагностике психических расстройств основываются на дименсиональном принципе, что находит отражение в классификациях психических расстройств DSM-Y и в проекте МКБ-11. Принцип ранжирования психических нарушений по степени выраженности традиционно положен в основу военно-врачебной экспертизы. Согласно требованию статьи 19 пр. МО РФ№ 565-13г., клинические проявления хронического алкоголизма необходимо разделять на умеренные и выраженные степени психических нарушений. Методологии разделения психических расстройств при алкоголизме, по степени выраженности, до настоящего времени нет. Нами представляется целесообразным, оценивать степень выраженности психических нарушений при алкогольной зависимости по выраженности синдрома последствия хронической интоксикации алкоголем.

Синдром последствий хронической интоксикации (СПХИ) следует отнести к основным наркологическим синдромам. Выделение этого синдрома не противоречит самому определению синдрома. Синдромэто совокупность симптомов объединённых общим патогенезом. Синдром - ассоциация некоторого количества клинически распознаваемых симптомов (особенностей, явлений или характеристик), которые часто происходят вместе, таким образом, что присутствие одной особенности предупреждает врача о присутствии остальных. СПХИ структурно состоит их явлений морально-этического снижения, психических, соматических и неврологических расстройств.

При лёгкой степени СПХИ наблюдаются явления морально-этического снижения, проявляющиеся в состоянии алкогольного опьянения. Сомато-неврологические расстройства представлены нарушениями на сосудистом уровне в виде нарушений микроциркуляции (системный капилляротоксикоз), повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера, а также каскада метаболических расстройств, развития гипоксиподобногосостояния.

При умеренной степени выраженности СПХИ морально-этическое снижение затрагивает как период алкогольного опьянения, так и абстинентное состояние. Психические нарушения оформляются в виде астенических и тревожных расстройств. Особенностями тревожных и депрессивных состояний, при алкоголизме являются наличием в их структуре элементов психоорганических расстройств в виде лёгких когнитивных, мнестических и аффективных нарушений. При обострении первичного влечения происходит усложнение психопатологической симптоматики, проявляясь в виде тревожно-ипохондрических, неврастеноподобних, астено-депрессивних, тревожно-депрессивних, тревожно-подозрительних, эйфорических, апатических и дисфорических расстройств. Сомато-неврологические нарушения проявляются в форме органических и функциональных изменений органов и систем. Диагностируются алкогольная кардиомиопатия, токсический гепатит, панкретит, пиелонефрит, хронический гнойный бронхит, полиневропатии, без нарушения функций нижних конечностей. Патологические процессы в сомато-неврологической сфере имеют компенсированный или субкомпенсированный характер, обостряясь в период отмены алкоголя.

Выраженные нарушения при СПХИ проявляются в виде стойких явлений морально-этического снижения,грубыхорганических расстройств (астенического, апатического, эйфорического, эксплозивноготипа) и преходящих интоксикационные психозов и хронических психотических расстройств в рамках алкогольного амнестического синдрома идеменции.При этом отмечаетсястойкая декомпенсация сомато-неврологического состояния, формируется поливисцеропатия, грубая энцефалопатия, полиневропатии с нарушением функция нижних конечностей.

Таким образом, для реализации дименсионального подхода в целях проведения военно-врачебной экспертизы необходимо ориентироваться на степень выраженность расстройств в структуре синдрома последствий хронической интоксикации алкоголем.

Никольская С.А., Лобачев А.В., Борисов Д.Н.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕДОСТОВЕРНОСТИ ИНФОРМАЦИИ ПО НЕВЕРБАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Считается, что в системе коммуникаций невербальное поведение человека составляет 65% информативной ценности, однако лишь одна треть этой информации известна психиатрам и используется ими (P. Ekman, 1974).

Невербальное поведение имеет большое значение при диагностике психических расстройств, частоизменение поведения предшествуют развернутой клинике болезни, а иногда являются единственным критерием диагностики (В.П. Самохвалов, 1990). Сокрытие информации больными о своем истинном состоянии может затруднять дифференциальную диагностику, а также влиять на оценку эффективности проводимой терапии. Так, Экман видит необходимость в раскрытии обмана в случае, когда пациенты скрывают суицидные мысли и при выходе из больницы могут совершить очередную суицидальную попытку. Зачастую нечестность пациентов с антисоциальным расстройством личности затрудняет сбор достоверного анамнеза (D. Jacobson, 2005). Известно также, что чаще лгут лица с малой устойчивостью к стрессу, повышенной тревожностью, невротическими расстройствами (С.Г. Мягких, 2001). Отдельно следует отметить проблемы (симуляция, диссимуляция и аггравация), с которыми сталкиваются военные психиатры при вынесении экспертного заключения о психическом состоянии военнослужащих.

В настоящее время в психиатрическую практику уже вводятся некоторые психофизиологические инструменты диагностики недостоверности информации (в том числе и в Военно-медицинской академии). Так, с исследовательской целью, используются различные полиграфы, видеоокулографы, анализаторы голоса, ЭЭГ, фМРТ и т.д. (J. Vendemia, 2003). Часть этих методов доказала свою эффективность (полиграфы, анализаторы ЭЭГ, видеоокулографы), часть себя скомпрометировала (анализаторы «голосового стресса»). Однако применение вышеперечисленных методов не всегда уместно и удобно из-за громоздкости оборудования, сложности использования и, в некоторых случаях, нарушения этических норм в отношении лиц с психическими расстройствами. Кроме того, малоизучено влияние психотропных препаратов на достоверность полученных при диагностике данных. Все это приводит к необходимости поиска новых методов определения недостоверности сообщаемой пациентами информации.

На сегодняшний день можно наметить два перспективных пути объективизации информации. Первый – оценивать невербальные признаки самостоятельно в их совокупности, опираясь на практические руководства, которые еще предстоит разработать и апробировать с учетом национальных и культуральных особенностей. Второй – при необходимости сочетать этот способ с бесконтактными инструментальными методиками (к примеру, детальным компьютерным анализом кинематики лица, жестов и голоса по видеозаписям), что приведет к взаимному повышению валидности результатов.

Однако следует помнить, что никакое совершенство техники не может заменить результатов личных наблюдений врача-клинициста, так как только они дают целостное впечатление о поведении и связи отдельных поведенческих проявлений.

Новиков Е.И., Бескровный С.В., Базолина Е.А., Тимошкова Ю.Л., Фомина М.С.

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

По данным литературы на долю I-го триместра приходится до 50% самопроизвольного прерывания подтвержденных беременностей. Около 70% из них имеют инфекционно-воспалительную этиологию. Восходящий путь инфицирования плодного яйца у этих больных с хроническим цервицитом и вагинитом является основным. Наличие крипт в цервикальном канале, которые являются резервуаром инфекции, способствует хронизации процесса (Глуховец Б.И., 2009). По данным И.А. Салова (2009), основными возбудителями хронических цервицитов являются представители условно-патогенной микрофлоры, активизирующейся при беременности в условиях генетически обусловленного резкого снижения иммунитета – Chlamidia trachomatis, Ureaplasma spp., Mycoplasma hominis, Herpes simplex 1,2. Клиническим проявлением носительства представителей условно-патогенной микрофлоры является хронический цервицит.

Задачей настоящего исследования явилось уточнение оптимального диагностического алгоритма обследования у женщин военнослужащих с хроническим цервицитом и подбор эффективного курса лечения данного заболевания в плане прегравидарной подготовки.Под наблюдением находилось 24 женщины военнослужащие, у которых в анамнезе был самопроизвольный выкидыш I триместра беременности инфекционно-воспалительной природы. Алгоритм диагностики включал клинические методы обследования, кольпоскопию, серию микробиологических исследований (микроскопию, полимеразную цепную реакцию, иммуноферментный анализ, культуральный метод с определением чувствительности к антибиотикам), цитологическое исследование соскобов экто- и эндоцервикса, комплексное морфологическое исследование плодного яйца (гистологическое, иммуногистохимическое и другие).

Клинические и кольпоскопические методы подтвердили у больных наличие хронического цервицита у всех 24-х пациенток с предшествующим невынашиванием беременности инфекционного генеза. У 12 пациенток из цервикального канала культуральным методом выделены хламидии. Из них в 6 случаях хламидии определялись в ассоциации с вирусной инфекцией. У 5 больных высеянауреаплазма, у 6 – микоплазма изолированно или в сочетании с другими видами условно-патогенной микрофлоры. Следует отметить, что в 12% случаев обследования предшествующие анализы, выполненные методами полимеразной цепной реакции или иммуноферментного анализа, давали отрицательные результаты. Параллельно проводимое культуральное исследование партнера с забором биологического материала путем массажа простаты давало объективные данные как для оценки характера специфического инфицирования в браке, так и выбора единого антибиотика для плановой терапии инфекционного фактора невынашивания беременности у обоих партнеров.

Лечение условно-патогенной инфекции в рамках прегравидарной подготовки предусматривало сочетание как общей, системной, так и местной антибактериальной терапии. Наиболее частыми препаратами выбора для проведения общей терапии являлисьдоксициклин или джозамицин в дозе 0,1 гперорально 2 раза в день в течении 10 дней. Местное лечение проводилось путем интрацервикального введения в зону обитания условно-патогенной микрофлоры смеси порошкообразногодоксициклина, нистатина и метронидазола. В следующем менструальном цикле следовал курс эубиотикотерапии. Критерием излеченности являлось отсутствие клинических, кольпоскопических, микробиологических признаков инфекционно-воспалительного процесса в шейке матки и влагалища через 1-2 месяца после окончания лечения. Лечение проводилось одновременно у обоих супругов. Местная терапия партнера проводилось путем введения антибиотика за крайнюю плоть.

В процессе прегравидарной подготовки пациентки также обследованы по тестам функциональной диагностики (ректальная температура, УЗИ), при необходимости проводили гормональную коррекцию овариально-менструального цикла. В течение двух лет у 15 больных естественным путем наступила беременность. Все женщины военнослужащие наблюдаются в женской консультации. До настоящего времени беременность протекает без осложнений.

Таким образом,уженщин с невынашиванием инфекционного генеза оптимальный диагностический алгоритм прегравидарной подготовки должен включать проведение кольпоскопии, цитологическое исследование соскоба шейки матки, микробиологические методы (микроскопию, полимеразную цепную реакции, культуральный метод с определением чувствительности к антибиотикам) и комплексное морфологическое исследование плодного яйца. Эффективное лечение условно-патогенной микрофлоры предусматривает комбинацию системной и местной антибактериальной терапии, проводимой у обоих супругов, с последующим восстановлением биоценоза эубиотиками. Четкое использование критериев излеченности (не ранее 1-2-х месяцев от окончания антибактериальной терапии)будет являться основой для проведения дальнейших этапов прегравидарной подготовки.

Одинак М.М., Ерофеев А.А., Мирная Д.А., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭВЕРСИОННОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Введение: известно, что среди всех случаев острого нарушения мозгового кровообращения на долю ишемического инсульта приходится 80-85%, и его причиной в большинстве случаев (30-35%) является атеросклеротическое стеноокклюзирующее поражение сонных артерий. Известно также, что «золотым стандартом» реконструктивных операций на сонных артерияхс целью коррекции стенозов является каротидная эндартерэктомия, что доказано результатами многоцентровых рандомизированных исследованийECST, NASCET, ACAS.

Целью нашего исследования явилась оценка и анализ отдаленных результатов хирургического лечения стеноокклюзирующего поражения сонных артерий с помощью эверсионной каротидной эндартерэктомии.

Материалы и методы: Изучены истории болезни 127 пациентов, находившихся на лечении в клинике сердечно-сосудистой хирургии ВМедА по поводу стенозов сонных артерий за период с 2005 по 2012 гг. Отдаленные результаты оценены у 67 (53%) пациентов. Оценивали выживаемость пациентов, проходимость сонных артерий после реконструктивной операции и состояние сосудистой стенки. Выживаемость за период наблюдения составила 94%. Такие исходные показатели,как степень стеноза артерии, распространенность атеросклероза, артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушения сердечного ритма и сердечная недостаточность оказывают статистически значимое влияние на общую выживаемость. Повторные инсульты в наблюдаемые сроки возникли у 12 (24%)больных. Факторами, влияющими на развитие повторного инсульта после реконструктивной операции, явились острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе до оперативного лечения, рестенозы прооперированных ипсилатеральных внутренних сонных артерий более 70% и сахарный диабет 2 типа. Для оценки проходимости сонных артерий и состояния сосудистой стенки пациенты были обследованы с помощью цветового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий. Ультразвуковые признаки

атеросклероза на оперированной артерии наблюдались у всех обследованных пациентов. В 3 (4%) случаях признаки рестеноза отсутствовали, проходимость сосуда на фоне гемодинамически незначимого рестеноза сохранялась у 57 (85%) пациентов. При этом гемодинамически значимые рестенозы больше 65% просвета сосуда выявлены в 7 (10%) случаях. Окклюзий каротидной артерии при контрольных обследованиях выявлено не было.

Вывод: Таким образом, полученные результаты дают основание считать методику эверсионной каротидной эндартерэктомии безопасной и эффективной в качестве метода как первичной, так и вторичной профилактики ишемического инсульта. Динамический контроль за состоянием прооперированных артерий, оценка сосудистых факторов риска и правильно подобранная медикаментозная терапия может улучшить отдаленные результаты хирургического лечения атеросклеротическогостеноокклюзирующего поражениясонных артерий.

Одинак М.М., Литвиненко И.В., Вознюк И.А., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В., Мирная Д.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

При поступлении больного с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) требуется проведение исследований, дающих представление о характере поражения головного мозга, преморбидном состоянии и, следовательно, определяющих тактику лечения, в том числе возможность проведения тромболизиса, место лечения, прогноз заболевания.

Создание диагностического алгоритма при поступлении больного с подозрением на ОНМК явилась целью комплексного анализа результатов обследования и лечения более 2000 пациентов, госпитализированных в ОРИТ клиники нервных болезней ВМедА в1995-2015 гг. С учетом накопленного 20-летнего опыта, в соответствии с требованиями руководящих документов, был разработан следующий диагностический алгоритм.

В первый час от момента поступления больного проводятся:

- осмотр неврологический, осмотр соматический;
- ОАК с подсчетом тромбоцитов, гематокрита, СОЭ, глюкоза крови, МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген (в течение 20 минут), по показаниям – токсикологическое исследование крови;
- электрокардиография12-ти канальная;
- КТ или МРТ (ДВ-МРТ) головного мозга (в течение 40 мин); при быстрой отрицательной динамике состояния – ангиография (МР, КТ, селективная церебральная);
- осмотр нейрохирургом и совместное принятие решения о тактике лечения больных: с геморрагическим инсультом, злокачественным инфарктом в бассейне СМА, инфарктом мозжечка, верифицированным тромбозом;
- помещение в ОРИТ клиники нервных болезней больных с подтвержденным ишемическим инсультом в острейшем периоде, транзиторной ишемической атакой, геморрагическим инсультом в острейшем периоде, не требующим нейрохирургического лечения.

В течение 3 ч от момента поступления больного выполняется:

- биохимический анализ крови: глюкоза крови, калий, натрий, общий белок, мочевина, креатинин, КФК, билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ, СРБ;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- транскраниальная ультразвуковая допплерография с микроэмболодетекцией;
- оценка функции глотания, оценка нутритивного статуса.

В течение госпитализации проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (оценка по шкале NIH).
- мониторинг соматического статуса (АД, ЧСС и сердечный ритм, ЧД и ритм дыхания, температура тела, сатурация О2);
- RW, ф.50, гепатиты В и С; ОАМ; липидограмма: холестерин, ЛПНП, триглицериды;
- рентгенография легких;
- холтеровское мониторирование ЭКГ;
- трансторакальная эхокардиография пациентам с наличием кардиальной патологии в анамнезе, с подозрением на кардиальный источник эмболии, патологию аорты, парадоксальную эмболию, при неустановленной причине инсульта;
- по показаниям – консультации врачей-специалистов.

Выполнение данных исследований позволяет подтвердить или опровергнуть диагноз ОНМК, выявить сопутствующую патологию, и, соответственно, определить основную причину возникновения инсульта и механизм его развития, а также своевременно начать дифференцированную патогенетическую терапию.

Одинак М.М., Прокудин М.Ю., Скиба Я.Б.*, Моисеева А.М.

ОСОБЕННОСТИ СЕМИОТИКИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНОЙ И ЛОБНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

**г. Одинцово, филиал №3 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского*

Актуальность.Эпилепсия является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний центральной нервной системы (Одинак М.М., Дыскин Д.Е., 1997; Гайдар Б.В. и соавт., 2006; Гузева В.И., 2007). Значительное расширение арсенала методов диагностики данного заболевания обусловило необходимость уточнения информативности отдельных методов при различных формах парциальной эпилепсии, сопоставления получаемых результатов между собой (Одинак М.М. и соавт., 1996; Гузева В.В. и соавт., 2010; Luders H.O., 2009). Решение данных диагностических задач наиболее часто реализуется у групп пациентов с симптоматической височной и лобной эпилепсией.

Материалы и методы.Анализировали клиническую семиотику эпилептических припадков у 54 пациентов с симптоматической парциальной эпилепсией: среди них 22 пациента имели медиальную височную эпилепсию, а у 11 пациента была диагностирована латеральная височная эпилепсия, а у 21 пациента выявлена лобная форма заболевания. ЭЭГ-видеомониторинг выполнялся на аппарате «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» (Россия). Описание проявлений эпилептических припадков проводилось на основании словаря описательной терминологии для приступной семиотики (BlumeW.T. etal., 2001). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0 StatSoftInc.

Результаты и их обсуждение.Для пациентов с медиальной височной эпилепсией было характерно статистически незначимое преобладание вегетативно-висцеральной (27,3%) и психической (22,7%) аур; значимо чаще наблюдались оралиментарные (68,2%; $p<0,01$) и кистевые (63,6%; $p<0,01$) автомаизмы в сравнении с пациентами с лобной эпилепсией (14,3% и 19,1% соответственно). Среднее количество симптомов в структуре сложных парциальных припадков оказалось значимо выше при медиальной височной эпилепсии ($6,63\pm0,73$, $p<0,05$) в сравнении с группой лобной эпилепсии ($5,01\pm1,54$). Для пациентов с латеральной височной эпилепсией были характерны слуховая аура (27,3%; $p>0,05$) и повороты головы различного качества (54,5%; $p>0,05$), неверсивный поворот головы (45,5%; $p>0,05$). Для пациентов с лобной эпилепсией было характерны ряд особенностей семиотики припадков. Так, соматосенсорная аура (19,1%) и аура по типу ощущения во всем теле (9,5%),

фокальные клонические (28,6%) и тонические (9,5%) судороги, а также билатеральная асимметричная тоническая поза (14,3%) наблюдались исключительно при данной форме заболевания. Вторичная генерализация простых или сложных парциальных припадков (28,6%; $p>0,05$), гипермоторные автоматизмы (19,1%), версивный поворот головы (38,1%; $p<0,05$ в сравнении с пациентами группы медиальной височной эпилепсии – 4,5%) также оказались типичными для припадков при лобной эпилепсии.

Выявленные различия клинической семиотики эпилептических припадков могут быть обусловлены особенностями функциональной анатомии лобных и височных долей, а также особенностями распространения приступной активности в зависимости от локализации эпилептогенного очага. Полученные различия могут быть использованы как дополнительные дифференциально-диагностические критерии при определении формы эпилепсии.

Одинак М.М., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В., Мирная Д.А., Андреев Р.В.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИКОАГУЛЯНТОНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Доля пациентов, переносящих ишемический инсульт на фоне фибрилляций предсердий, велика и составляет 25-30% от всей популяции пациентов с ишемическим инсультом. Современные представления о вторичной профилактике инсульта указывают на необходимость назначения антикоагулянтов, но последние имеют высокий риск развития геморрагических осложнений. Применение антиагрегантов характеризуется низкой эффективностью и не может быть целесообразным у данной группы пациентов.

Цель исследования: оценить риски возникновения повторных инсультов и геморрагических осложнений у пациентов, переносящих ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий при использовании пероральных антикоагулянтов.

Материалы и методы: Проводилось клиническое наблюдение в течение 3 месяцев за 67 пациентами, перенесших ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий. До инсульта пациенты не принимали антикоагулянтов. Оценивали частоту возникновения повторных ишемических событий, геморрагических осложнений, время до развития осложнений. Все пациенты были разделены на 2 группы по признаку назначенного антикоагулянта: 1 группа получала варфарин (n=32), вторая группа получала дабигатрана этексилат (n=35). Доза дабигатрана зависела от риска развития кровотечений, определенного по шкале HAS-BLED. Время старта терапии определялось выраженностью нарушенных неврологических функций, определенной по шкале инсульта NIH: балл менее 8 – через 3 сут, балл 8-16 – через 6 сут, балл более 16 – через 12 сут.

Результаты: Среднее время достижения целевых цифр МНО у пациентов, получавших варфарин, составляло 10±3 сут после начала терапии, целевые цифры МНО были достигнуты у 30 пациентов в течение месяца приема, 2 пациентам терапия была изменена на прием прямых пероральных антикоагулянтов вследствие неэффективности варфарина. Число повторных инсультов в 1 группе составило 3 за 90 дней наблюдения, причем все они развились в остром периоде инсульта – среднее время составило 13±5 суток. Повторных инсультов во второй группе наблюдения в течение 90 дней наблюдения не отмечалось. Геморрагические осложнения в группе 1 были представлены носовыми кровотечениями (n=4, среднее время развития – 35±9 сут, длительность кровотечения составляла 45±16 ч, 2 пациента получили переливание компонентов крови), подкожными экхимозами (n=5, среднее время развития – 29±9 сут), внутричерепной гематомой – паренхиматозным кровоизлиянием (n=1, время развития – 68 сут). Во второй группе отмечались кровотечения

из дистального отдела желудочно-кишечного тракта из недиагностированных ранее опухолей толстой кишки (n=2, среднее время развития – 3±1 сут), кровотечения останавливались самостоятельно, не требовали использования переливаний компонентов крови, носовые кровотечения (n=1, время развития – 6 сут, компоненты крови не использовались, была уменьшена доза дабигатрана).

Выводы: Основными нежелательными явлениями на фоне назначения антагониста витамина К – варфарина – были повторные ишемические инсульты, развивавшиеся в периоде подбора эффективной дозы препарата, что не наблюдалось в случае назначения прямого перорального антикоагулянта – дабигатрана этексилата. Геморрагические осложнения в целом чаще развивались на фоне использования варфарина ($p<0,05$), но раньше – на фоне назначения дабигатрана ($p<0,001$), что часто имело в основе не диагностированные ранее онкологические процессы в толстой кишке и требовало либо пересмотра назначенной дозы, либо замены на фракционированные гепарины.

Одинак М.М., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В., Полушин А.Ю., Мирная Д.А.,Андреев Р.В.

ЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Согласно международной классификации TOAST (Trialof Organizationin Acute Stroke Treatment) Stroke Subtype Classification System (AdamsH.P.Jretal., 1993), принято выделять следующие этиопатогенетические подтипы ишемического инсульта: атеротромботический инсульт (связанный с атеросклеротическим стенооклюзирующим поражением пре- или церебральных артерий), кардиоэмболический инсульт (ассоциированный с кардиальной эмболией), лакунарный инсульт (связанный с патологией мелких артерий), инсульт другой известной этиологии (ассоциированный с васкулитом, тромбофилией) и инсульт неизвестной этиологии (по невыясненной причине или при сочетании этиопатогенетических механизмов). Однако, по данным нашего многолетнего наблюдения за пациентами, перенесшими инсульт, около 20% нелакунарных инсультов не связаны с атеросклеротическим стенозом ипсилатеральной артерии, а также кардиоэмболией (результаты сопоставимы с данными зарубежной литературы). Инсульт, патофизиологическим механизмом развития которого является церебральная эмболия, не подпадающий под критерии других ранее известных этиопатогенетических подтипов заболевания, с недавнего времени в литературе обозначается как эмболический инсульт неуточнённой этиологии (ЭИНЭ).

Источники церебральной эмболии, лежащей в основе ЭИНЭ, включают в себя сердце (клапаны или камеры левых отделов), венозные источники при парадоксальной эмболии, дугу аорты, крупные артерии шеи и головного мозга. Точная идентификация источника эмболии представляется возможной не у всех пациентов, часто встречается сочетание нескольких потенциальных источников эмболии у одного пациента. В исследованиях, в ходе которых пациентам с ишемическим инсультом проводился длительный (многомесячный) мониторинг сердечного ритма, у 20-30% обследованных выявлена пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. К нарушениям сердечного ритма, способным привести к эмболическому инсульту, помимо форма фибрилляции предсердий, относятся, например, асистолия предсердий и пароксизмальная тахикардия . Помимо этого, к потенциальным источникам кардиоэмболии относятся умеренная систолическая дисфункция левого желудочка с сердечной недостаточностью; диастолическая дисфункция левого желудочка, сопровождающаяся снижением скорости кровотока в левом предсердии, распространённый инфаркт миокарда с региональным нарушением двигательной функции стенки левого

желудочка, дилатация левого предсердия, миксоматоз митрального клапана, кальцификация митрального кольца, кальцифицированный стеноз аорты , которые с большой долей вероятности вызывают ЭИНЭ у некоторых пациентов. Открытое овальное окно может стать причиной ЭИНЭ посредством парадоксальной эмболии тромба, образовавшегося в венозной системе и поступившего в артериальную систему через межпредсердный дефект. Другой важной причиной ЭИНЭ является атеросклероз дуги аорты, выступающей в качестве источника артериоартериальной эмболии. Существует убедительная связь между наличием нестенозирующих изъязвленных бляшек в ипсилатеральной сонной артерии и дистальной ишемией мозга посредством церебральной эмболии.

Таким образом, выделение нового подтипа ишемического инсульта – эмболического инсульта неуточнённой этиологии– подразумевает расширение существующего алгоритма диагностики, протокола мониторинга, тактики терапевтического и возможного хирургического лечения. Однако само понимание патофизиологического механизма церебральной эмболии дает возможность разработать общую потенциальную стратегию антитромботической терапии как в остром периоде заболевания, так и в рамках вторичной профилактики инсульта.

Опенченко С.В., Кветный М.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СЗГМУ им И.И. Мечникова, СПб ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Введение. Венозные тромботические осложнения занимают одно из ведущих мест среди внутригоспитальных осложнений и причин летальности. После различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости тромбоз глубоких вен нижних конечностей возникает в среднем у 16% больных, а тромбоэмболия легочной артерии у пациентов пожилого и старческого возраста достигает 5%.

Цель исследования: улучшить результаты комплексной профилактики послеоперационных венозных тромботических осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В паталогоанатомическом бюро Госпиталя для ветеранов войн Санкт-Петербурга нами проведен ретроспективный анализ частоты послеоперационной ТЭЛА у пациентов пожилого и старческого возраста по данным аутопсии за последние 14 лет, в послеопреационном периоде умерло 942 пациента, из них от ТЭЛА и её ветвей 5,3%(50). Возраст пациентов составил от 72 до 98 лет, средний возраст 82,2$\pm$ 6,4, по половой принадлежности преобладали женщины 66%(33), мужчины 34%(17).Клиническая часть работы представлена результатами исследования 112 больных хирургического профиля в возрасте от 68 до 95 лет. В зависимости от проводимой профилактики тромботических осложнений больные разделены на 2 группы: у 59 больных (контрольная группа) операции проводились под эндотрахеальным наркозом и применялись стандартные методы профилактики с использованием низкомолекулярных гепаринов, в основной группе(53) дополнительно применялась эпидуральная анестезия, а также, выполнялась перемежающаяся пневматическая компрессия нижних конечностей.Венозный кровоток в нижних конечностях оценивался методом триплексного сканирования на ультразвуковом аппарате экстпертного класса линейным датчиком с переменной частотой от 5 до 9 мГц перед операцией, затем на 3 - 4, 6 – 7, 10-11 сутки после хирургических вмешательств.

Результаты и обсуждение. До внедрения в комплексную профилактику эпидуральной анестезии и перемежающейся пневмокомпрессии частота ТЭЛА и её ветвей по данным аутопсии составила 7,3%, после внедрения этих методов снизилась до 3,5%

При обследовании 112 больных, находившихся на лечении в отделении абдоминальной хирургии, было отмечено, что у 18(16%) при УЗДАС вен нижних конечностей в них определялись тромботические массы без клинической манифестации процесса. В основной группе, где оперативные вмешательства проводились под эпидуральной блокадой, а пневмокомпрессия нижних конечностей выполнялась интраоперационно частота тромбоза глубоких вен была существенно ниже - 9,4%, тогда как в контрольной группе составила 22%($p< 0,05$).

Выводы. 1.Комплексная профилактика послеоперационных венозных тромботических осложнений с применением перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей и эпидуральной анестезии у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет снизить частоту послеоперационной тромбоэмболии легочной артерии с 7,3% до 3,5%. .

2. Внедрение стандартных протоколов в сочетании с перемежающейся пневматической компрессии нижних конечностей, эпидуральной анестезии, позволило снизить частоту послеоперационных тромбозов с 22% до 9,4% и тем самым улучшить непосредственные результаты хирургического лечения.

Орлова Е.С., Буланьков Ю.И., Колосовская Е.Н., Шуклина А.А., Рябков Д.В., Улюкин И.М.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МО РФ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Ежегодное увеличение количества ВИЧ-инфицированых граждан в Российской Федерации закономерно приводит к росту поступления лиц с сопутствующей ВИЧ-инфекцией в лечебно-профилактические организации различного профиля.

Нами были проанализированы истории болезни 2135 ВИЧ-инфицирванных пациентов, получивших медицинскую помощь в период с 1999-2015 гг. в крупной лечебно-профилактической организации МО РФ (ЛПО МО РФ). Показатель выявляемости ВИЧ-инфекции на 1000 выписанных пациентов у больных в данный период варьировал от 0,6 до 3,9. При этом 80,6 % выявленных ВИЧ-инфицированных больных поступили в стационар по скорой помощи. Из них 84 % обследовались на ВИЧ-инфекцию в связи с установленным фактом внутривенного употребления наркотических препаратов. У пациентов, поступивших на лечение в плановом порядке, это же показание для обследования на ВИЧ-инфекцию установлено в 16 % случаев.

Наиболее высокие средние многолетние показатели выявляемости ВИЧ-инфекции в период 1999-2015 гг. отмечены в следующих клинических подразделениях: анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (13,0 ‰), токсикологическом реанимационном отделении (9,9 ‰), клиниках термических поражений (9,8 ‰), психиатрии (8,1 ‰), ургентной хирургии (7,9 ‰). Доля выявленных в данных подразделениях пациентов составляет 61,3 % от общего количества пролеченных за данный период ВИЧ-инфицированных лиц.

Среди больных, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция, преобладали мужчины (73,0 %). Наиболее часто ВИЧ-инфекция выявлялась у больных в возрасте старше 30 лет (54,1 %). Структура патологии, приведшей к госпитализации больных с ВИЧ-инфекцией, представлена следующим образом: 21,6 % – отравления и передозировки

сильнодействующими психоактивными препаратами, 18,5 % – хирургическая патология, 14,8 % – травмы различного генеза и локализации, 14,5 % – наркомания, 10,8 % – гнойно-септические осложнения, 10,8 % - соматическая патология, 5,6 % - термические поражения, 3,2 % - инфекционная патология, 0,2 % - ИППП. В 65,6 % случаев у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией обнаруживались также маркеры гемоконтакных вирусных гепатитов.

Среди выявленных в 2013-2015 гг. больных 64 % уже состояли на учете в Центрах по профилактике и борьбе со СПИД, причем в 21,3 % случаев свыше 10 лет, но раскрыли свой ВИЧ-статус лишь 13,0 %.Следует отметить, что до 25 % больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией имели вторичные заболевания, характерные для 2В, 4 стадии течения заболевания,

После оказания необходимой медицинской помощи по основному заболеванию эти пациенты направлялись для дальнейшего лечения в специализированные ЛПО для ВИЧ-инфицированных по месту жительства.

Таким образом, среди поступающих в ЛПО МО РФ для лечения не инфекционной патологии растет количество пациентов с клинически выраженными стадиями ВИЧ-инфекции. Данная ситуация требует от руководства ЛПО МО РФ, наряду с другими мероприятиями, создания условий для приема и размещения таких больных, а также обеспечения подготовки медицинского персонала клиник, оказывающего медицинскую помощь в складывающейся обстановке, по вопросам диагностики, лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа.

Осипов А.В.([1.2]), Суров Д.А.([2]), Демко А.Е.([1]), Унгурян В.М.([1]), Святненко А.В.([1]), Мартынова Г.А.([1]), Лычев А.Б.([2])

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе([1]),

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова([2]).

Больные с острым холециститом пожилого и старческого возраста (ПСВ) являются сложной для хирургического лечения группой. Течение послеоперационного периода усугубляется высоким индексом коморбидности, низким трофологическим статусом и риском сосудистых осложнений на фоне возрастных изменений. Несмотря на значительное количество публикаций по данной проблеме, не существует единого мнения о тактике лечения пациентов указанной группы.

Цель – оценить результаты лечения пациентов с острым холециститом пожилого и старческого возраста в условиях стационара скорой помощи.

Проанализированы результаты хирургического лечения 179 больных острым холециститом ПСВ за период 2014-2015 гг. Возраст больных варьировал от 60 до 94 лет, в т.ч. пациентов пожилого возраста было 81 (45,3%), старческого возраста – 60 (33,5%), долгожителей – 38 (21,2%). Женщин было 96 (53,6%), мужчин - 83 (46,4%). Средний индекс коморбидности Чарлсона составлял 6 баллов. Среди пациентов 11(6,1%) были с бескаменным (сосудистым) холециститом, что является особенностью данной группы больных. Из осложнений острого калькулезного холецистита механическая желтуха отмечена у 16 (8,9 %) пациентов, холедохолитиаз без признаков механической желтухи - у 9 (5,0 %), перивезикальный инфильтрат - у 8 (4,5 %), гнойный холангит - у 2 (1,1 %), перивезикальный абсцесс - у 3 (1.6 %). Все пациенты были оперированы лапароскопическим доступом в сроки от 3 до 76 часов от момента поступления в стационар. При наличии холедохолитиаза, механической желтухи, холангита, оперативное вмешательство дополнялось дренированием холедоха и эндоскопическим вмешательством в сроки от 5 до

11 суток послеоперационного периода. В исследуемой группе больных конверсия доступа выполнена в 5(2,8%) случаях. Лапароскопические операции выполнялись в условиях пониженного карбоксиперитонеума (8-10 мм.водн.ст.). Послеоперационные осложнения отмечались у 14 (7,8%) пациентов, 3(1,7%) из которых скончались. Причиной смерти являлись ТЭЛА (в 1 случае), ОИМ (в 2 случаях). Средний койко-день составил 7,8±4,1. Длительность нахождения в отделении реанимации – 17,5±11,4 часа.

Заключение. Таким образом, использование принципов максимально раннего оперативного вмешательства, лапароскопического доступа в комбинациции с эндоскопическими операциями в случае осложнений ЖКБ, позволяет добиться удовлетворительных хирургических результатов лечения лечения у данного тяжелого контингента больных.

Осипов А.В.([1,2]), Суров Д.А.([2]), Демко А.Е.([1,2]), Унгурян В.М.([1]), Святненко А.В.([1]), Мартынова Г.В.([1]), Лычев А.Б.([2])

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ FASTTRACKSURGERY(FTS) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

г. Санкт-Петербург, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе ([1]),

Военно-медицинская академия им. С.М. Киров ([2]).

Реализация оптимизированной программы ускоренного восстановления после хирургического вмешательства (FTS), основанной на известных протоколах ERAS позволяет уменьшить количество и тяжесть осложнений. Немаловажным компонентом, позволяющим снизить негативное влияние хирургического стресса, является применение малоинвазивных (лапароскопических) методик и дополнение ихсовременными принципами периоперационного ведения.

Цель – оценить результаты лапароскопических вмешательств в рамках реализации оптимизированного протокола FastTrack у больных снеосложненным острым холециститом в стационаре скорой помощи.

Проанализированы результаты хирургического лечения 59 больных острым калькулезным холециститом, которые были оперированы лапароскопическим доступом. Всем пациентам ведение периоперационного периода осуществлялось согласно протокола FastTrack. До операции оценивался трофологический статус пациентов, индекс коморбидности, определялся риск операции и анестезии по ASA. Всем пациентам лапароскопические вмешательства выполнялись в условиях глубокого нервно-мышечного блока (НМБ), достигавшегося применением миорелаксанта периферического действия недеполяризующего конкурентного типа (рокурония бромид) с последующей быстрой реверсией НМБ сугаммадексом. Во всех случаях контролировали температуру тела пациента и использовали средства поддержания ее в оптимальных пределах. Оперативные вмешательства выполняли в максимально короткие сроки от момента поступления (3-34 часа), среднее 11,8±9,6 часа. Использовалось дополнительное местное обезболивание троакарных ран 1% раствором новокаина, проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика. Рутинно применялись системные анальгетики и средства профилактики тошноты и рвоты. От установки дренажей отказывались в 54 (91,5%) случаях, в остальных 5 случаях дренажи были удалены через 12 часов. Пациенты активизировались через 6 часов после оперативного вмешательства, в первые 12 часов специальные энтеральные смеси использовались в качестве основной диеты. На вторые сутки пациенты переводились на стандартное госпитальное питание.

Пациенты отмечали минимальную интенсивность болевого синдрома, не возникала необходимость дополнительной анальгетической терапии. Койко-день после операции

составил 3,8±1,6 суток. Послеоперационные осложнения возникли в 1 (1,7%) случае (инфильтрат области ложа желчного пузыря), которое купировалось назначением антибиотиков в послеоперационном периоде. Летальных исходов не было.

Таким образом, применение принципов оптимизированного протокола FTSспособствует редукции хирургического стресса, максимально ранней активизации пациентов с острым калькулезным холециститом после операции. Указанные аспекты требуют дальнейшего изучения по мере накопления опыта. На сегодняшний день основные принципы FTSмогут быть реализованы в круглосуточном многопрофильном стационаре скорой помощи.

Осипов А.В.([2,1]), Унгурян В.М.([2]), Соловьев И.А.([1]), Суров Д.А.([1])

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова([1]),

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе([2]).

В последние годы отмечается значительный рост числа лапароскопических операций, расширяются показания к использованию указанных технологий. Однако, в некоторых стационарах, особенно в неотложной хирургии, современные эндовидеохирургические операции не стали общепринятыми. Доля неотложных лапароскопических вмешательств в России колеблется от 7% до 68%. Имеющиеся данные свидетельствуют о недостаточной подготовке хирургов, невозможности круглосуточного использования высокотехнологичного оборудования.

Современные юридические, организационные аспекты повышают требования к профессиональной подготовке сотрудников. В нашей стране на сегодняшний день не существует единой программы и стандартов подготовки лапароскопических хирургов. Имеются сообщения о симуляционных курсах в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И Пирогова, НОЦАХ г. Казани. Однако не сформулированы единые требования и принципы оценки мануальных навыков специалистов.

На базе симуляционного центра Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова организован курс виртуального лапароскопического обучения. Подготовку на данном курсе осуществляют опытные преподаватели, имеющие большой опыт работы в неотложной хирургии. Обучение является многоэтапным, включающим в себя теоретическую часть, отработку мануальных навыков на механических тренажерах, собственно симуляционно-виртуальную подготовку. В учебной операционной формируются основы взаимодействия членов хирургической бригады. Практическая подготовка составляет 80% от общего времени курса. Основную часть практического этапа симуляционного обучения составляют неотложные вмешательства. Имитируются различные варианты интраоперационных осложнений и методы их устранения.

Коллективом кафедры военно-морской хирургии ВМедА разработана интегральная система оценки теоретических знаний и практических навыков, позволяющая объективизировать базовый и приобретенный уровни подготовки специалистов. Балльная автоматизированная многофакторная система оценки позволяет провести контроль эффективности обучения и играет важнейшее значение в аттестации хирургов. Показатели мануальных навыков увеличиваются на 34-70% за короткий симуляционный курс продолжительностью 72 учебных часа. Освоение практических навыков с помощью симуляционного тренинга исключает риск для жизни и здоровья пациента.

Таким образом, подготовка специалистов в лапароскопической хирургии – важная составляющая практического обучения врачей. Учитывая значительный интерес к данной

проблеме, существует необходимость разработки единой программы обучения хирургов, создание системы оценки и контроль навыков, позволяющей объективизировать подходы к аттестации специалистов. Внедрение программ симуляционного обучения позволяет за короткий период повысить уровень практических навыков обучаемых.

Остроменский В.В., Борисов А.В., Каплун И.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Санкт-Петербург, ЛПУ «Родильный дом №2», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Преждевременные роды являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Переход на новые критерии определения срока рождения поставил перед акушерами и неонатологами целый ряд вопросов, наиболее важным из которых по-прежнему является пролонгирование беременности до сроков жизнеспособности и адаптации новорожденного.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности Атозибана в терапии преждевременных родов.

Были проанализированы течение беременности, эффективность терапии, исходы родов у 170 пациенток. Период проведения исследования – с января 2013 г. по ноябрь 2015 г. Для достижения поставленных задач все пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 84 пациентки, контрольную группу – 86 человек. Основным критерием включения в исследование было наличие у пациенток объективных признаков угрожающих преждевременных родов - уменьшение длины шейки матки по данным цервикометрии менее 2,0 см при сроках беременности от 22 до 34 недель беременности, наличие маточной активности по данным кардиотокографии и др. Критерием рандомизации стало применение у пациенток в комплексной терапии угрожающих родов атозибана в качестве основного токолитического средства (основная группа), либо использование стандартной токолитической терапии - бета-адреномиметики, блокаторы кальциевых каналов.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными факторами риска развития клинической картины угрожающих преждевременных родов в обеих группах являлись инфекции, передаваемые половым путем - 18,7% случаев, потери беременности в анамнезе (как самопроизвольные, так и артифициальные) - 34,2% случаев, привычное невынашивание, предшествующее настоящей беременности - 12,3%, различные операции на шейке матки - 8,7%, бактерионосительство - 24,3%. Средний срок беременности, при котором появились симптомы угрожающих преждевременных родов, составил 27,4 недели в основной группе и 28,1 недели в контрольной группе. В основной группе в среднем 7,4 часа потребовалось для уменьшения интенсивности субъективных ощущений пациенток на фоне проводимой терапии атозибаном. Также, в среднем 51,2 часа с момента начала терапии потребовалось для полного исчезновения субъективных жалоб. В контрольной группе показатели составили соответственно 13,4 и 76,3 часа. Длительность стационарного лечения составила 7,8 и 9,2 койко-дней соответственно в основной и контрольной группе. Токолитическая терапия оказалась неэффективна в 5 случаях в основной группе (5,9%) и в 11 (12,8%) случаях в контрольной группе. Во всех случаях у пациенток произошли преждевременные роды на сроках 31-34 недели беременности. У 5 пациенток основной группы и у 14 пациенток группы контроля потребовалось проведение повторных курсов токолитической терапии в связи с возобновлением симптомов угрожающих родов во время текущей госпитализации. При этом во всех 5 случаях в основной группе были проведены вторые курсы терапии атозибаном. У 5 из 14 пациенток группы контроля были проведены не только вторые, но и третьи курсы токолитической терапии. Оценка исходов беременности у пациенток исследуемых групп

показала, что в сроках до 33 недель 6 дней роды произошли у 8,8% женщин основной группы, в сроках 34 недель – 37 недель 6 дней у 26,5% женщин, после 38 недели беременности – у 64,7 %. В контрольной группе роды до 33 недель 6 дней произошли в 20% случаев, в 34 недели – 37 недель 6 дней в 57,5%, и после 38 недели – у 22,5% пациенток.

Выводы: 1. Атозибан является клинически эффективным средством для лечения угрожающих преждевременных родов. 2. Применение атозибана в комплексной терапии угрожающих преждевременных родов позволяет пролонгировать беременность эффективнее стандартной токолитической терапии. 3. Использование препаратов на основе атозибанауменьшает расходы на реанимационные мероприятия недоношенным новорожденным детям.

Остроменский В.В., Борисов А.В., Каплун И.Б.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Санкт-Петербург, ЛПУ «Родильный дом №2», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Проблема инфекционных осложнений в период беременности, родов и послеродовом периоде является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. В структуре материнской смертности акушерский сепсис и другие инфекционные заболевания по-прежнему входят в первую тройку наиболее частых причин летальных исходов. На выбор препарата для проведения лечения влияют путь введения антибиотика, его биодоступность, кратность введения и необходимая терапевтическая доза препарата.

Цель исследования: сравнить клиническую эффективность применения различных форм амоксициллина в комбинации с клавулановой кислотой в терапии инфекционных заболеваний во время беременности.Проведено проспективного исследования на базе ЛПУ «Родильный дом №2» Санкт-Петербурга. Для достижения поставленной цели обследовано 67 пациенток. Все пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 32 пациентки, которым требовалось проведение антибактериальной терапии во время беременности по различным показаниям. Для проведения антибактериальной терапии в основной группе выбрана таблетированная форма (солютаб) амоксициллина в комбинации с клавулановой кислотой. Комбинированный препарат использовался в дозировке 875 мг амоксициллина + 125 мг клавулановой кислоты, по 1 таблетке 2 раза в сутки. В контрольную группу были включены 35 женщин, у которых антибиотикотерапия будет осуществляться путем парентерального введения амоксициллина, комбинированного с клавулановой кислотой.

Результаты исследования. При сопоставлении микробного пейзажа пациенток исследуемых групп существенных различий не выявлено. Среди выделенных культур у беременных 1-е место занимает Enterococcusfaecalis – 30,3% в основной группе, 33,3% в контрольной группе. 2-е место - Staphylococcusepidermalis – 24,1% у пациенток основной группы, 26,4% у беременных контрольной группы. 3-е место - Esherichiacoli – по 20,8% в обеих группах. 35% беременным из контрольной группы потребовалась госпитализация в стационар, в том числе, для проведения парентеральной антибиоикотерапии. 65% пациенток этой группы получали терапию в условиях дневного стационара. Все пациентки основной группы получали лечение амбулаторно, находясь под контролем лечащего врача.Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии у пациенток основной группы составил 6,4 дня, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 7,1 дня.В результате проведенного лечения у большинства пациенток обеих групп было достигнуто микробиологическое излечение – полная элиминация, либо значимое уменьшение количества выявленных микроорганизмов в контрольных посевах. Существенного различия между группами не выявлено, что доказывает высокую эффективность амоксициллина в

сочетании с клавуналовой кислотой в отношении наиболее распространенных аэробных и анаэробных микроорганизмов, вне зависимости от формы препарата.При оценке качества жизни пациенток сравниваемых групп выявлено, что общая удовлетворенность проведенным лечением составляет 9,1 балла из 10 возможных в основной группе и 8,4 балла в контрольной группе. Субъективная переносимость препарата была оценена в 8,7 и 7,9 баллов соответственно. Неприятные ощущения, связанные, в том числе, с методом введения антибактериального препарата, отметили 28 из 35 пациенток контрольной группы и лишь 5 беременных из основной группы.

Выводы: 1. Антибактериальные препараты на основе амоксициллина в комбинации с клавулановой кислотой являются эффективными средствами терапии у беременных вне зависимости от способа введения лекарственного средства. 2. Таблетированные формы препарата (солютаб), обладая сопоставимой биодоступностью, предпочтительны при проведении антибиотикотерапии в связи с хорошей переносимостью, меньшим влиянием на качество жизни пациента, редким проявлением неприятных ощущений, связанных, в том числе, с методом введения препарата.

Павлович И.М.

ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ КАК ПРЕДРАКОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДКА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

В последние десятилетия рост онкологических заболеваний сохраняет свою динамику, а проблема диагностики, лечения и профилактики болезней злокачественного роста стоит достаточно остро. В структуре злокачественных болезней рак желудка занимает одно из ведущих мест. Ежегодно во всем мире регистрируют более 800 тысяч новых случаев рака желудка и каждый год они становятся причиной смерти более 600 тысяч человек. Наряду с некоторыми государствами Юго-Восточной Азии, Южной Америки и Европы, Российскую Федерацию относят к странам с высоким показателем случаев рака желудка, где регистрируют около 30 случаев заболевания на 100 тыс. населения. При этом в России рак желудка устойчиво занимает второе место среди прочих онкологических заболеваний у мужчин и третье место у женщин. Мужчины болеют раком желудка примерно в 2 раза чаще, чем женщины. К началу XXI века количество впервые выявленных больных в РФ достигло 48,3 тысяч в год.

Известно, что рак желудка практически никогда не возникает на фоне неизмененной слизистой оболочки. Ему предшествуют процессы, обозначаемые как предраковые. Выделяют предраковые заболевания и предраковые изменения слизистой оболочки желудка. К основным предраковым заболеваниям относят хронический атрофический гастрит. По данным различных авторов хронический гастрит может быть диагностирован у 50-80% взрослых лиц. Причем атрофические изменения слизистой оболочки желудка могут быть обнаружены в 5% случаев в возрасте до 30 лет, в 30% случаев – от 31 до 50 лет и в 50-70% случаев – у лиц старше 50 лет. Длительное течение хронического гастрита способствует глубоким дистрофическим и атрофическим изменениям слизистой оболочки желудка с высокой вероятностью дисплазии и энтеролизации. Период трансформации неатрофического (поверхностного) гастрита в атрофический в среднем занимает около 20 лет. Если гастрит начинается в детском возрасте, то атрофические изменения слизистой оболочки можно обнаружить уже в возрасте 20-30 лет. Появление в слизистой оболочке желудка атрофии и изменений, считающихся предраковыми (кишечной метаплазии и дисплазии), создает условия для канцерогенеза желудка.

В настоящее время постулируется этиологическая роль Helicobacterpylori в развитии

воспаления слизистой оболочки желудка, как патоморфологической основы различных вариантов патологии желудка. Поэтому взаимосвязь между атрофическим гастритом и риском неоплазий слизистой оболочки желудка основана на том, что Helicobacterpylori модифицирует физиологические функции желудка, инициирует воспаление и атрофические изменения, изменяет процессы контроля за пролиферацией и дифференцировкой эпителиоцитов. Риск развития рака желудка у пациентов с хеликобактерной инфекцией по сравнению с неинфицированными возрастает в 4-6 раз. Инфекция Helicobacterpylori признана ВОЗ канцерогеном I группы, т.е. канцерогеном, имеющим безусловную связь с возникновением рака желудка.

Таким образом, активное выявление предикторов опухолевой трансформации хронического гастрита способствует формированию групп повышенного риска по раку желудка и улучшению прогноза.

Панов В.В., Ким И.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗДЕЛЬНОЙ ОМЕНТОБУРСОСТОМИИ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

Ростов-на-Дону, Федеральное государственное казенное учреждение «1602 Военный клинический госпиталь» Минобороны России

Острый панкреатит (код по МКБ 10 – К.85) - это асептическое воспаление поджелудочной железы (отечный панкреатит), либо первично развившийся аутоферментативный некробиоз, некроз и эндогенное инфицирование с вовлечением в процесс окружающих её тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органных систем внебрюшинной локализации (деструктивный панкреатит).

Острый панкреатит относится к числу наиболее частых хирургических заболеваний. Он занимает третье место после острого аппендицита, холецистита. На его долю приходится 5-10 % ургентной патологии органов брюшной полости.

Несмотря на имеющиеся стандарты (протоколы) диагностики лечения острого панкреатита, у каждого четвёртого больного развивается осложнённый панкреатит, при котором даже в специализированных клиниках мира показатели общей летальности (30-40 %) остаются стабильно высокими.

Всего с января 2005г. по октябрь 2015г. на базе отделения неотложной хирургии ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России пролечено 170 больных с острым панкреатитом. Анализу подверглось 28 клинических случаев развития деструктивного панкреатита, что составило 16,4 % от общего количества больных с острым панкреатитом. Подавляющее большинство больных составили мужчины – 25 человек (89,2%), женщины - 3 (10,8%). Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы. В I группу (до 35 лет) вошло 7 пациентов (25%), во II (от 36 до 45 лет) – 10 (35,7%), в III (после 45 лет) – 11 (39,3%). Основной контингент составили военнослужащие – 18 человек (64,2%), военные пенсионеры - 2 (7,14%), прочие – 8 (28,5%).

В 9 случаях (32,1%) операция начиналась с диагностической видеолапароскопии. В 8 случаях (88,8%) из них требовался переход на лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, сальниковой сумки, т.к. по боковым каналам определялось большое количество мутного выпота «вишневого цвета», стеариновые бляшки. В 1 одном случае (21,2%) операция завершилась подвесной холецистостомией, санацией и дренированием брюшной полости. Пациент был выписан на 27 сутки для продолжения реабилитационного лечения с диагнозом: «Острый панкреатит средней степени тяжести».

В 19 случаях (67,9%) требовалась лапаротомия. Из них в 2 случаях (10,5%) применялось закрытое дренирование сальниковой сумки. При этом отсутствовали гнойно-

некротические изменения парапанкреатической зоны. Поджелудочная железа имела только признаки отека. В 17 случаях (89,5%) была выполнена лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия, назогастроинтестинальная интубация, холецистостомия, оментобурсостомия, левосторонняя люмботомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. После тщательной санации брюшной полости, формировалась лапаростома. В последующем всем пациентам выполнялось от 4 до 15 санационных релапаротомий. Послеоперационная летальность составила 39,2% (11 пациентов). Непосредственной причиной смерти во всех случаях являлась прогрессирующая полиорганная недостаточность. В 17 случаях (60,8%) удалось добиться клинического выздоровления.

Отграничение сальниковой сумки от свободной брюшной полости, проточно-промывное дренирование, в купе с интенсивной медикаментозной терапией, позволило ограничить распространение агрессивного ферментативного содержимого в парапанкреатическую клетчатку, способствовало купированию явлений разлитого гнойно-фибринозного перитонита.

Пасечник Н.Н., Железняк И.С., Михеев А.Е., Михайловская Е.М.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, кафедра военно-морской хирургии

По данным Бюро медицинской статистики в структуре заболеваний уха в ЛОР-стационарах 4-7% – это больные отосклерозом. В структуре ЛОР отделений в последнее десятилетие этот показатель составляет 8-9%. Заболевание поражает наиболее социально активную часть населения в возрасте от 14 до 47 лет.

Цель. Разработать методику МСКТ при различных формах отосклероза и постпроцессорной обработки полученных данных.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положен анализ результатов МСКТ обследования 16 пациентов с отосклерозом и 22 пациента, без патологии височных костей (контрольная группа) в возрасте 18-45 лет, проведенного в период с 2014 по 2015 годы. Распределение пациентов по полу: мужчин -14 (37%), женщин – 24 (63%). Большинство обследованных пациентов 28 (75%) являлись военнослужащими контрактной службы.

Предлагаемая методика позволяет отчетливо визуализировать нишу окна преддверия путем последовательного построения реконструкций программным инструментом «oblique» через следующие анатомические образования: через головку стремечка, перпендикулярно основанию; во вновь полученной плоскости перпендикулярную линию через головку по основанию стремечка; во вновь полученной плоскости линию проходящую через переднюю ножку стремечка.

Результаты.Описанной методикой у 12 (75%) пациентов было визуализировано двухстороннее поражение височных костей, у 4(25%) - одностороннее поражение.Во всех 16 наблюдениях при оценке томограмм отмечали наличие очагов отоспонгиоза в области преддверия и в капсуле лабиринта различной степени выраженности и протяженности.

Наилучшая визуализация отоспонгиоза определялась на фоне костной капсулы лабиринта, в виде очагов пониженной плотности. Очаги локализовались около базального (9 наблюдений), среднего (3 наблюдений) и апикального (2 наблюдения) завитков улитки, в области ее окна (1 наблюдение), около внутреннего слухового прохода (1 наблюдение). Во всех случаях было выявлено утолщение основания стремени, толщина варьировала от 0,8 мм до 1,5мм. Подножная пластина стремени была неравномерно утолщена с максимумом по передней трети, средняя толщина составила 1,11±0,08 мм.

Выводы. Многофазная спиральная компьютерная томография с использованием разработанной методики позволяет высокоэффективно установить причину и локализацию патологического процесса у больных с отосклерозом.

Патрушев А.В., Сухарев А.В., Иванов А.М.

РОЛЬ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра кожных и венерических болезней

Одним из самых распространенных хронических дерматозов, несомненно, является псориаз. Заболевание имеет мультифакториальную природу, а одним из значимых средовых факторов является влияние стрептококковой инфекции. Доказанным является факт развития каплевидного псориаза после перенесенной стрептококковой инфекции горла. Некоторые авторы указывают также на взаимосвязь между обострениями тонзиллита и рецидивами бляшечного псориаза.

На основании последних литературных данных мы нашли исследования, которые подтверждают связь развития псориаза с стрептококковой инфекцией. Так интересны результаты исследований Дилювио Л. и соавт. (2006). Сравнивались вариабельные участки β-цепей гена Т-клеточного рецептора (TCRBV) в поражениях кожи, крови и миндалинах у трех больных псориазом, которым выполнялась тонзиллэктомия в связи с установленной связью обострений заболевания с повторяющимися эпизодами стрептококковой ангины. Доказано присутствие нескольких одинаковых клонов Т-лимфоцитов, как в коже, так и в ткани миндалин. При этом авторы констатировали положительный эффект от тонзиллэктомии у всех пациентов в виде полного разрешения высыпаний на протяжении трех лет.

Недавно было проведено первое рандомизированное, контролируемое клиническое исследование эффективности тонзиллэктомии при лечении псориаза. Двадцать девять больных бляшечным псориазом и анамнестическими указаниями на обострения заболевания после ангины были рандомизированы на две группы: группа, где пациентам выполнялась тонзилэктомия (n = 15) и группа контроля (без оперативного лечения) (n = 14). Мониторинг состояния осуществлялся в течение 2-х лет по клиническим показателям (индекс распространенности и тяжести псориаза - PASI), а также по количеству циркулирующих Т-клеток, которые, распознают как стрептококковые детерминанты (пептиды белка М6), так и гомологичные детерминанты цитокератинов эпидермиса (пептиды кератина 1 типа). Тринадцать пациентов (86%) показали устойчивое улучшение после удаления миндалин в диапазоне PASI30 - PASI90. Кроме того, было установлено существование тесной корреляции между степенью клинического улучшения и снижением количества пептид-реактивных ассоциированных с кожей Т-лимфоцитов (CLA + CD8 +). В группе контроля соответствующих клинических или иммунологических изменений не наблюдалось. Представленные данные показывают благоприятное воздействие тонзиллэктомии на бляшечный псориаз.

Учитывая полученные данные была сформулирована гипотеза (модель) перехода каплевидного к хроническому бляшечному псориазу. Предполагается, что специфичные к стрептококку Т-клетки мигрируют из миндалин в кожу, где Т-клетки распознают перекрестно-реактивные антигены, производные от кератиноцитов, что приводит к активации воспаления (каплевидные очаги). Если эффективной перекрестной сенсибилизации не происходит, заболевание прекращается. Если в лимфоидной ткани кожи состоялась эффективная кросс-презентация, происходит генерация и рекрутирование аутореактивных Т-клеток, что приводит к хроническому процессу.

Вывод: обследование и санация очагов хронической стрептококковой инфекции является важным моментом при лечении больных псориазом.

Перстнев С.В., Базилевич С.Н.*

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЗЫВНИКОВ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

*Санкт-Петербург, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кафедра психиатрии, кафедра нервных болезней**

Вопросы диагностики и военно-врачебной экспертизы психических расстройств у призывников и военнослужащих срочной службы Вооруженных Сил Российской Федерации остается актуальными. Так, у 15% граждан психические расстройства ограничивают годность к военной службе при первичной постановке на воинский учет (преимущественно за счет умственной отсталости), а в 13% случаев служат основанием для освобождения от призыва на военную службу по состоянию здоровья (в основном за счет умственной отсталости, органических психических расстройств и расстройств личности). Психические расстройства в 50% случаев являются причиной досрочного увольнения военнослужащих срочной службы по состоянию здоровья (преимущественно в связи с невротическими нарушениями и расстройствами личности).

К основным проблемным аспектам проведения военно-врачебной экспертизы военнослужащим с расстройствами личности относятся:

1. Необходимость проведения обследования в специализированных медицинских организациях.
2. Клинические особенности психической патологии подростков и юношей.
3. Методологические.
4. Частое отсутствие объективных анамнестических сведений, формализованность характеризующих документов.
5. Низкая информативность результатов профессионально-психологического отбора для проведения психиатрического освидетельствования.

К методологическим проблемным аспектам, в частности, относятся критерии клинико-экспертного диагноза в соответствии с действующим Расписанием болезней. Так, пункт «б» статьи 18 имеет формулировку «умеренно выраженные (расстройства личности) с неустойчивой компенсацией». Данная формулировка не исключает случаев, уже, к сожалению подтвержденных практикой, последующего поступления на контрактную службу «в состоянии компенсации» военнослужащих срочной службы, ранее уволенных с военной службы по данной статье. При отсутствии данных о лечении указанных лиц в психиатрических стационарах или динамическом наблюдении в психо-неврологических диспансерах у военно-врачебных комиссий формально отсутствуют основания для ограничения их годности к военной службе по контракту.

К сожалению, указанный недостаток появился в Расписании болезней, утвержденном ПП РФ 2013 г. N 565 г. Ранее, соответствующая статья Расписания болезней (ПП РФ 2003г. № 123) содержала формулировку «умеренно выраженные (расстройства личности) с неустойчивой компенсацией или компенсированные»), а Расписание болезней, утвержденное ПП РФ № 390 1995г. содержало в редакции статьи 18 пункты «б» («умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией или компенсированные») и «в» («со стойкой компенсацией личностных реакций»). Последний позволял подходить к годности к военной службе по контакту индивидуально. Следует отметить, что стойкая компенсация применительно к личностным расстройствам имела жесткие критерии: отсутствие в течение не менее 3 лет эмоционально-волевых и других патологических проявлений, подтвержденное документами

из медицинских учреждений (результатами динамического наблюдения врача-психиатра), учебных заведений, с места работы.

Таким образом, вопросы диагностики, критерии экспертной оценки расстройств личности у призывников и военнослужащих срочной службы требуют дальнейшего совершенствования.

Першин В. Н., Гайдук В.А., Халимов Ю.Ш., Бабак А.В., Цепкова Г.А.,Жекалов А.Н, Ткачук Н.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ТОКСИКОГЕННОЙ ФАЗЫОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

г. Санкт-Петербург, кафедра военно-полевой терапии, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Фосфорорганические вещества (ФОВ) являются органическими соединениями производными кислот фосфора. Они относятся к ксенобиотикам с нейротропным действием. Фосфорорганические соединения (ФОС) имеют широкое применение в сельском хозяйстве в качестве инсектицидов, гербицидов и т.д. Острые отравления возможны при употреблении плохо отмытых овощей и фруктов, диверсионных акциях (Токийское метро, 1995г., Сирия, 2013г.), разрушениях объектов химической промышленности, случайных бытовых отравлениях, нельзя исключить поражений в ходе уничтожения ФОВ на химических объектах и др.

Необходимо отметить, что у отравленных ФОС среди наиболее опасных синдромов считаются нарушения функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем (ССС), которые в ранние сроки интоксикации во многом определяют ее исход.

Механизм токсического действия ФОС на дыхательную и СС системы отличается сложностью и фазностью проявлений центрального и периферического генеза. Так, мускариноподобное действие яда характеризуетсябрадипноей, бронхоспазмом, брадикардией и артериальной гипотонией, никотиноподобное проявляется адренергическими эффектами - тахикардией и артериальной гипертензией, бронходилятацией, тахипноей и т.д.

Среди других звеньев патогенеза следует выделить прямое действие ФОС на проводящую систему сердца (аритмогенный эффект), геперадреналинемию,бронхорею, гипоксию, гипогистокалиемию и др.

Нарушение ритма и проводимости приводит к синдрому острой сердечно-сосудистой недостаточности: артериальной гипотонии, замедлению скорости кровотока, гипоксии, декомпенсированному метаболическому ацидозу, что в конечном итоге ведет к развитию экзотоксического шока, летальность при котором достигает 60 – 70%.

Наш опыт лечения бытовых отравлений ФОС (хлорофос, карбофос и др.) показывает, что важнейшим требованием при оказании помощи является ее экстренность, что обусловлено высокими темпами развития поражения и тяжестью состояния отравленного.

Необходимо подчеркнуть, что на фоне комплексной терапии (антидотной, дезинтоксикационной, патогенетической и симптоматической) значительно снижалось число центральных параличей дыхания и ССС, купировался бронхоспазм, гипоксия, не выявлялось «классического» резкого снижения ударного объема, минутного объема кровообращения, сократительной способности миокарда, что повышало перспективы благоприятного исхода интоксикации в токсикогенную фазу.

Першко В.А.,Киреева Е.Б., Рудая Е.Г., Гуськов А.С., Попов А.В.

СТРАТЕГИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ, В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ СТАЦИОНАРЕ

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Учитывая, что сенильный остеопороз является заболеванием пожилого возраста, подход к лечению болевого синдрома должен иметь ряд особенностей, подчиняющихся общим законам гериатрической практики. Так, зачастую несистемный прием миорелаксантов и анальгетиков, в том числе и опиоидных, может как значительно ухудшить течение коморбидной патологии, так и приводить к повторной травматизации пациентов на фоне существующей саркопении. Как показывает практика, наиболее часто используемыми препаратами, применяемыми для купирования болевого синдрома, являются нестероидные противовоспалительные средства. При этом необходимо отметить, что данная группа препаратов при превышении их суточных дозировок, а также длительном и неконтролируемом приеме могут оказывать выраженное токсическое действие на различные органы и системы и приводить как к острым отравлениям, так и хроничеким воздействиям, обуславливающим развитие токсических гастро-, гепато- и нефропатий. Нельзя забывать и о токсическом воздействии данной группы препаратов как на костно-мозговое кроветворение, так и непосредственно на зрелые форменные элементы крови, что может приводить к развитию панцитопенического синдрома. Все это может не только усугублять течение ранее имеющейся соматической патологии, но и приводить к развитию фатальных для жизни пациента состояний, таких как массивные кровотечения из желудочно-кишечного тракта, тяжелой почечной недостаточности, декомпенсации заболеваний сердечно-сосудистой системы на фоне тяжелой анемии. Учитывая это, терапию болевого синдрома у данных пациентов необходимо проводить под тщательным контролем показателей функции сердечно-сосудистой системы, выделительной функции почек, показателей гемо- и коагулограмм, маркеров цитолиза, исключив при этом эрозивно-язвенное поражение слизистой желудочно-кишечного тракта. Также нельзя забывать о полипрагмазии и зачастую необходимости редуцировании доз препаратов, получаемых гериатрическими пациентами. В нашей клинической практике хорошую эффективность в борьбе с хроническим болевым синдромом при сенильном остеопорозе показал препарат прегабалин, позволяющий при системном применении не только уменьшить болевой синдром, но и значительно снизить дозировку получаемых анальгетиков.

Патогенетической терапией остеопороза, осложненного множественными переломами и выраженным болевым синдромом, является костно-метаболическая терапия препаратом форстео, который стимулирует формирование костной ткани посредством прямого влияния на остеобласты, стимулируя образование новой костной ткани на трабекулярной и кортикальной поверхностях костей, тем самым снижая выраженность болевого синдрома. Также препарат положительно влияет и на психоэмоциональную сферу пациентов.

Следует отметить, что успех лечения остеопороза зависит и от немедикаметнозных методов терапии, включающих иммобилизацию (ношение полужестких или жестких корсетов) и предотвращающих дальнейшее развитие новых компрессионных переломов позвонков, а также снижающих болевой синдром за счет уменьшения подвижности и декомпрессии пораженных позвонков. Так как болевой синдром при остеопорозе является мультидисциплинарной проблемой, то пациент должен находиться под наблюдением травматолога-ортопеда, вертебролога, нейрохирурга, невролога и специалиста по лечению остеопороза.

ПетленкоС.В., ЖекаловА.Н., ПершинВ.Н., ЦепковаГ.А., ГолубковА.В. *

ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСА ФАКТОРОВ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО ЗАХОРОНЕНИЮ И УНИЧТОЖЕНИЮ ПРОМЫШЛЕННЫХ ТОКСИЧНЫХ ОТХОДОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

**Санкт-Петербург, 1410 Центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора*

Благодаря прогрессу фармакологии в классе иммуномодуляторов появились лекарственные препараты, позволяющие достаточно селективно воздействовать на различные звенья иммунной системы. Цель исследования состояла в изучении эффективности различных иммунотропных средств для коррекции нарушений иммунной системы у работников предприятия по захоронению и уничтожению промышленных токсичных отходов (ЗУПТО). Было изучено состояние иммунной системы (253 чел.) различных категорий сотрудников ЗУПТО. Иммунотропные препараты назначались в соответствии с характером нарушений иммунной системы их клиническими проявлениями и в соответствии с инструкцией по медицинскому применению. Для терапиивыявленных нарушений использованы пептидные препараты тимуса и костного мозга («Тимоген», «Миелопид»), а так же рекомбинантный интерлейкин-2-«Ронколейкин». Контрольное иммунологическое обследование, проведенное через 14 дней после окончания курса приема препаратов, выявило повышение содержания лимфоцитов с фенотипами CD3+, CD4+, CD20+, изменение субпопуляционной структуры регуляторных клонов с увеличением индекса дифференцировки на 40%, повышение функциональной активности клеток и рост концентраций Ig G и IgA. Препараты оказывали нормализующее влияние на уровень резервной метаболической емкости нейтрофильных гранулоцитов. Помимо нормализации нарушенных иммунологических показателей, отмечено снижение уровня заболеваемости ОРВИ (на 54%), другими формами респираторной патологии (на 72%) и болезнями желудочно-кишечного тракта (на 49%). Нарушения иммунологических показателей, индуцированные воздействием комплекса факторов ЗУПТО, являются обратимыми и могут быть нивелированы применением иммунотропных средств. Нормализация иммунологических показателей у обследованных лиц, сопровождается снижением уровня иммунозависимой патологии.

Петленко С.В., Богданова Е.Г., Жекалов А.Н., Ткачук Н.А., Гаврилюк Б.Л., Першин В.Н., Цепкова Г.А.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ РАБОТЫ С ТОКСИКАНТАМИ НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Интегральная оценка здоровья персонала, обслуживающего объекты хранения и уничтожения химического оружия (ОХУХО), в первую очередь должна быть связана с определением основных параметров, характеризующих структурно-функциональное состояние различных систем обеспечения гомеостаза. При этом в общей структуре комплексного обследования данной категории лиц, изучению состояния иммунореактивности, несомненно, должно принадлежать одно из ведущих мест. Данными многих авторов и результатами собственных многолетних наблюдений было показано, что именно иммунная система является критической мишенью для большинства неблагоприятных экологических воздействий, в том числе и химической природы. При этом

состояние иммунной системы может дать информацию о наличии и величине ксенобиотической нагрузки на организм человека даже тогда, когда никакими другими методами выявить это воздействие еще не удается.

С помощью стандартных методов иммунологического анализа было проведено исследование состояния клеточного и гуморального иммунитета, а также системы неспецифической защиты у лиц, непродолжительное время (1-3 года) работающих на специальном объекте хранения и уничтожения химического оружия, снаряженного отравляющими веществами (ОВ) нервно-паралитического действия. В качестве контроля использовали результаты оценки системы иммунитета у лиц, постоянно проживающих в тех же климатических условиях, но не имеющих непосредственного или опосредованного контакта с ОВ.

Показано, что у лиц, имеющих профессиональный контакт с подпороговыми дозами вышеуказанных ОВ, наблюдается снижение количества клеток с маркерами $CD3^+$ и $CD4^+$ на фоне общей лимфопении. Эти изменения корреспондируют с увеличением количества лимфоцитов, несущих рецепторы $CD25^+$ и$CD95^+$. Кроме количественных изменений субпопуляционной структуры лимфоцитов, выявлено снижение функциональной активности, проявлявшееся увеличением индекса миграции лимфоцитов в присутствии конканавалина А.

В системе гуморального иммунитета, за исключением слабой тенденции к снижению количества общегоIgM, достоверных изменений выявлено не было.

Цитокиновый статус характеризовался умеренным снижением содержания IL-1, TNF при одновременном увеличении выработки IL-2.

В системе неспецифической защиты выявлено снижение резервной метаболической емкости нейтрофилов на фоне сохранения других показателей функциональной активности.

Оценивая выявленные изменения, следует отметить, что за исключением количественных характеристик Т – звена иммунитета, большинство из них носит характер тенденции и находятся в пределах интервала адаптивного реагирования. Полученные результаты позволяют утверждать, что изменения в иммунные системы лиц, непродолжительное время работающих с ОВ, имеют компенсированный характер. Необходимо проведение профилактических мероприятий для предотвращения развития иммунологической и иммунозависимой патологии, которые могут иметь место при более длительных сроках профессионального контакта с химическим оружием и воздействии других неблагоприятных факторов химически опасного объекта.

Попов А.В., Антонюк Т.В., Киреева Е.Б., Рубцов Ю.Е., Першко В.А.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ОКИСЛАМИ АЗОТА

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

В современных условиях ускоренного технологического развития оборонно-промышленного комплекса страны и обеспечения оснащения Вооруженных Сил и других силовых структур новыми видами вооружения, военной и специальной техники (ВВСТ) возрастающую роль занимают раннее выявление, лечение и реабилитация военнослужащих с профессиональной патологией, служебная деятельность которых связана с эксплуатацией и обслуживанием ВВСТ. Использование ядовитых технических жидкостей, в частности компонентов ракетных топлив (КРТ), активно применяемых в частях Ракетных войск стратегического назначения, при несоблюдении техники безопасности и аварийных ситуациях всегда сопряжено с высоким риском возникновения различных отравлений.

В классификации поражений КРТ(Е. В. Гембицкий, Н. А. Богданов, 1968 г.), выделяют острые и хронические поражения, соответственно пути поступления яда – химические ожоги, ингаляционные и комбинированные поражения; по степени тяжести – легкие, средней степени, тяжелые. При остром ингаляционном отравлении КРТ, клинические

проявления вариабельны и зависят от состава вдыхаемой газовой смеси, чаще всего содержащей окислы азота и гидразин. Выделяют следующие типы отравления окислами азота: раздражающий – поражение органов дыхания с развитием токсического отека легких; обратимый – мозговые расстройства, гипотония, метгемоглобинемия с быстрым обратным развитием; асфиктический – асфиксия, возможны судороги и быстрое развитие смерти, комбинированный тип – сочетание симптомов. При легких отравлениях поражение, как правило, ограничивается верхними отделами дыхательных путей – фарингитом, ларингитом, ларинготрахеитом. Для поражений средней степени тяжести характерно развитие токсического бронхита и пневмонии. Клиническая картина тяжелого отравления имеет характерную периодичность и приводит к развитию отека легких.

На лечении в стационаре находились 10 лиц в возрасте от 23 до 35 лет, поступившие с острым ингаляционным отравлением окислами азота различной степени тяжести, полученным в результате нештатной ситуации. Время экспозиции составило от нескольких секунд до 15 минут. При поступлении основные жалобы: на слабость, сухость во рту, редкий сухой кашель, затруднение носового дыхания, однократную рвоту; при объективном осмотре: явления раздражения слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

При ретроспективном анализе медицинской документации было установлено, что упострадавших, находившихся в очаге поражения менее 5 минут отмечалось проявление ларинготрахеита, в то время как у пораженных с экспозицией более 5 минут, наблюдалась более выраженная клиническая картина поражения бронхиального дерева по типу ларинготрахеобронхита. Кроме того, выраженность поражения зависела от наличия у пострадавших средств защиты. Поражения легкой, средней степени тяжести наблюдались у личного состава находящегося в очаге в индивидуальных средствах защиты, в то время как, все пораженные с тяжелой степенью тяжести работали без противогазов (респираторов). Таким образом, наблюдается следующая особенность: степень тяжести острого отравления окислами азота обусловлена наличием или отсутствием средств индивидуальной защиты, в то время как выраженность клинической картины, по-видимому, зависит от времени экспозиции.Несомненно, полученные результаты требуют дальнейшего изучения, но выявление подобной закономерности может оказать существенную помощь в сортировке пораженных КРТ, а также в ранней диагностике и профилактике возможных осложнений.

Полежаев А.В., Черебилло В.Ю., Свистов Д.В., Савелло А.В., Мартынов Р.С., Рудской С.С.

ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЗЕРНИСТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА (ХОРИСТОМ)

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра нейрохирургии

В клинике нейрохирургии накоплен достаточно большой опыт лечения новообразований гипофиза эндоскопическим транссфеноидальным доступом. Наряду с традиционными опухолями (аденомы гипофиза, краниофарингиомы, кисты и т.д.) в клинической практике встречаются и такие редкие, как хористомы. Они имеют происхождение из воронки гипофиза, также называются зернистоклеточными опухолями; имеют положительную ШИК-реакцию, верифицирующую патогномонично-измененные лизосомы. Впервые такая опухоль - хористома была описана в 1893 г.Boyce и Beadles. В 1951 г. Liithy и Kligler первыми сообщили о такой опухоли, сопровождающейся зрительными расстройствами.

Материалы и методы. В 2012-2015 годах транссфеноидальным доступом были оперированы две пациентки с хористомами. В предоперационном периоде у обеих диагноз звучал как гормонально-неактивная аденома гипофиза. При удалении опухолей выявлено их обильное кровоснабжение. В обоих случаях в структуре мягкой консистенции опухолевой

стромы выявлена обильная сосудистая сеть, повреждение которой приводило к интенсивному кровотечению, существенно затрудняющему удаление ткани новообразования. На завершающем этапе помимо гемостатика Surgicellfibrillar использовался капрофер.

Результаты. В одном случае опухоль была удалена полностью, поскольку размеры ее были небольшие – до 2 см в диаметре. У второй пациентки, ввиду большой кровоточивости и крупного размера новообразования (4 см), опухоль удалось удалить только частично. При ангиографии у нее выявлена интенсивная сосудистая сеть с ранним артериовенозным сбросом, питающаяся из менингогипофизарного ствола.

Через 5 месяцев выполнена эмболизация сосудистой сети новообразования микрочастицами Contour 45-150, Embosphere 100-300до прекращения спонтанного потока по афференту. Через неделю проведена комбинированная операция: удаление хористомы с временной эндоваскулярной баллон-окклюзией правой ВСА. При контрольной ангиографии – сосудистая сеть отсутствует. Через 3 мес. проведено лечение на установке гамма-нож по поводу небольшой инфраселлярной части опухоли.

Обсуждение. Источником роста хористом является воронка гипофиза, что, вероятно, обусловливает наличие интенсивной сосудистой сети стромы новообразования. В связи с этим, удаление зернистоклеточной опухоли может сопровождаться массивным интраоперационным кровотечением, препятствующим радикальному удалению. В таком случае тотальное удаление может быть сопряжено с большим риском и не может являться оптимальной целью операции. Эмболизация сосудов опухоли и временная баллон-окклюзия ВСА являются выходом из этого положения, предоставляя возможностьбескровно и безопасно удалить образование.

Пончеев Ю.Р., Асяева Д.А.

АНАЛИЗ 1 ЭТАПА АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПО ОТДЕЛЕНИЮ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ ГБУЗ ГОРОДИЩЕНСКАЯ РБ ЗА 5 ЛЕТ.

Городище. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городищенская районная больница»

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» приказом Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области с мая 2010 года начато проведение аудиологического скрининга детей первого года жизни. Целью данного скрининга является своевременное выявление нарушения слуха и оказание необходимой медицинской, в том числе высокотехнологической помощи.

1 этап данного скрининга начали проводить всем новорожденным на 3-4 сутки жизни. Данный этап осуществляли путем проведения регистрации отоакустической эмиссии системой «OTOREAD» фирмы «Интеракустик», Дания.

В 2010 году родилось 247 детей, из них обследовано – 134, нарушение слуха у одного.

В 2011 году родилось 213 детей, обследованы все, нарушения слуха у двоих.

В 2012 году родилось 201 ребенок, обследовано 200 детей, выявили одного с нарушением слуха. Один ребенок на вторые сутки жизни переведен в Областную детскую больницу по заболеванию.

В 2013 году родилось 204 ребенка, все прошли аудиотест, с нарушением слуха не выявлено.

В 2014 году родилось 202 ребенка, обследовано 199 детей, выявлено 3 с нарушением слуха. 3 детей переведены в ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» до проведения скрининга.

Выводы: Таким образом, за 5 лет проведен аудиологический скрининг 953 новорожденным в отделении для беременных и рожениц. Не прошли тест 7 детей. В историях развития новорожденного и в выписном эпикризе оформили следующую запись «Не прошел». В таком случае ребенку назначали повторное исследование через 4 недели.

Из 7 детей, которые не прошли скрининг, только двоим (ретроспективно) понадобилась консультация сурдолога, с последующим определением программ индивидуальной реабилитации. Одному ребенку из данной группы сурдологи провели своевременное слухопротезирование.

Пончеев Ю.Р., Исхаков М.Я.

СЛУЧАЙ МАССИВНОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ДИВЕРТИКУЛА ТОЩЕЙ КИШКИ.

ГБУЗ «Городищенская ЦРБ», Пензенская область, г. Городище, Россия

Дивертикул Меккеля является наиболее простой аномалией желудочно-кишечного тракта и встречается у 2%-5% от всего населения.

При кровотечении из язвы дивертикула Меккеля развивается довольно характерная клиническая картина, на основании которой можно поставить дооперационный диагноз. Массивные кровопотери обычно возникают внезапно, среди полного благополучия. Вначале наблюдаются признаки острой кровопотери: обморочные состояния, холодный пот, частый пульс, падение АД, снижение содержания гемоглобина в крови. Затем появляется стул, вначале обычного цвета и вида, а потом алая кровь со сгустками без примесей слизи.

В реанимационное отделение районной больницы поступил пациент N, 1955г.р. с направительным диагнозом: Желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок II.

Из анамнеза: считает себя больным около трех суток до момента поступления, когда появился черный стул и присоединилась слабость. За медицинской помощью не обращался, препараты не принимал. В день поступления в ОРИТ присоединилась тахикардия, падение АД. Вызвана бригада скорой помощи, которая транспортировала в районную больницу.

При поступлении в отделение: состояние тяжелое, кожа бледная. АД 80/40мм рт.ст., пульс 120 в 1 минуту. Гемоглобин $70^{г}/_{л}$, эритроциты – 2,3. 10^{12}/л, цв.показатель – 1,0, СОЭ – 22мм/ч., гематокрит – 28%, тромбоциты – 160. 10^{9}л., B/IIIRh(+).

Проводили ФГДС – источник кровотечения в желудке и ДПК не выявлен.

Начата консервативная терапия, направленная на восстановление ОЦК с применением препаратов крови (эр.массы, СЗП), противоязвенная терапия, симптоматическая терапия.

В течение дня субъективно отмечено улучшение. Стабилизировались показатели гемодинамики. Однако через 7 часов с момента поступления повторился черный стул, снизилось АД до критических цифр и снизился гемоглобин до 54г/л. Пациент переведен на управляемую ИВЛ и по линии санавиации вызвана бригада специалистов (врач-хирург, врач-эндоскопист).

По приезду специалистов проведено повторное ФГДС – источник кровотечения не найден.

Консилиумом врачей по жизненным показаниям решено взять пациента на экстренную лапаротомию с высоким операционно-анестезиологическим риском.

При ревизии всего кишечника обнаружен дивертикул тощей кишки на расстоянии 50см. от связки Трейца. Дивертикул располагался в брыжеечной стенке кишечника размерами 4см. в диаметре с крупным сосудом. Произведено выделение дивертикула из брыжейки, резекция с наложением швов на ножку. После операции установлен диагноз: Дивертикул тощей кишки, осложненный рецидивирующим кишечным кровотечением.

В раннем послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия геморрагического шока, объемовосполняющая терапия, послеоперационная продленная

эпидуральная анальгезия. На четвертые сутки пациент переведен в хирургическое отделение для продолжения лечения с следующими показателями крови: гемоглобин 112г/л, гематокрит 36%, эритроциты $3,4.10^{12}$. Рецидив кровотечения не выявлен. Пациент выписан домой на десятые сутки с гемоглобином – 124г/л.

При гистологическом исследовании макропрепарата установлен истинный дивертикул тонкой кишки с признаками хронического воспаления.

Пончеев Ю.Р., Магдеев Р.Х.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ.

Городище. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городищенская районная больница»

Огромный социально-экономический ущерб, причиняемый при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в Российской Федерации, является серьезной проблемой: санитарные потери при ДТП чрезвычайно велики, а показатели летальности имеют тенденцию к ежегодному росту. Анализ летальности при сочетанных и множественных травмах показывает, что подавляющее большинство пострадавших погибают на догоспитальном периоде. Поэтому оказание медицинской помощи на месте дорожно–транспортного происшествия и скорейшая эвакуация пострадавших в специализированный стационар является актуальнейшей проблемой,

Общеизвестно, что синдром дыхательных расстройств в той или иной мере является постоянным спутником любой травмы и во многом определяет ее течение и исходы. Интенсивная терапия при таких состояниях должна быть начата немедленно, уже на месте дорожно–транспортного происшествия, а эвакуация таких пациентов должна осуществляться в первую очередь.

По программе ДТП работаем с 2010 года по настоящее время. Транспортировано более 320 пациентов с места ДТП в травмоцентры. Летальных исходов во время транспортировки не было. Показаниями для ИВЛ являлись:

1. Выраженные нарушения сознания (сопор, кома) 20 пациентов.
2. Остановка дыхания. 27пациентов.
3. Неадекватное внешнее дыхание (частота более 35 или менее 8 в минуту).43пациента.
4. Нестабильная гемодинамика (систолическое артериальное давление менее 70мм.рт.ст., частота сердечных сокращений менее 50 или более 160 в минуту).94 пациента.

При эвакуации пациентов с места ДТП предпочтительно использовать следующий режим вентиляции:контролируемая по давлению (PCV). Преимущества вентиляции контролируемой по давлению: более быстрый газоток на вдохе обеспечивает лучшую синхронизацию с аппаратом снижая тем самым работу дыхания, раннее максимальное раздувание альвеол обеспечивает лучший газообмен, ограничение значений давления позволяет избежать баро и волюмотравмы при ИВЛ.

Особенностью проведения ИВЛ в условиях реанимации является наличие вредных факторов - шума, вибрации, положительного и отрицательного ускорений, температуры.

Выводы:

-Учитывая возрастающее при ДТП количество тяжелых пострадавших, требующих начала немедленной (на месте происшествия) ИВЛ:

- Необходимо привлекать для оказания медицинской помощи таким пострадавшим именно реанимационные бригады.

-Уровень подготовки специалистов и оснащенность бригад позволяют оказывать реанимационную медицинскую помощь согласно разработанных регламентов,

непосредственно на месте дорожно–транспортного происшествия и в течение всей эвакуации.

Пончеев Ю.Р., Шаландин Д.В.

ДИСТАНЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ. ИТОГИ ДЕСЯТИЛЕТНЕЙ РАБОТЫ.

Городище. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городищенская районная больница»

Стремительно набирая темпы прогресс компьютерных информационных технологий охватил и медицину. Телемедицина позволяет поднять эффективность лечения и диагностики на качественно новый уровень. Врачи могут поставить диагноз, на основании полученных через электронную почту или глобальную сеть Интернет изображений рентгеновских снимков, компьютерных томограмм, электрокардиограмм, электроэнцефалограмм или других данных лабораторных и инструментальных исследований больного.

Телемедицина («медицина на расстоянии» от греч. «tele» - вдаль, далеко). Бесспорно, что одно из главных достоинств телемедицины – это возможность предоставить высококвалифицированную помощь специалистов ведущих медицинских центров в отдаленных районах и существенно сэкономить при этом затраты пациентов. Возможность консультирования с коллегами из крупных медицинских центров снимает проблему профессиональной изолированности медицинских работников небольших населённых пунктов. Практические врачи в процессе регулярного консультирования получают дополнительный опыт и знания.

Телемедицинские системы позволяют организовать диалог с врачом-экспертом (на любом расстоянии и передать практически всю необходимую для квалифицированного заключения медицинскую информацию (выписки из истории болезни, рентгенограммы, компьютерные томограммы, снимки УЗИ и т.д.).

В Городищенской РБ кабинет телемедицины начал работу в апреле 2003 года. Одним из первых телемедицинские консультации с областными специалистами были проведены пациентам реанимационного отделения. За более чем 10 летний период телемедицинскую помощь получили около 200 пациентов реанимационного профиля.

Для проведения консультации тяжелого больного врач может полагаться не только на собственный опыт. Когда врач сталкивается со сложным случаем в практике, он советуется, консультируется с коллегами.

Выводы:

- Возможность оперативно, по месту жительства получать высококвалифицированные консультации.
- Ускоряет процессы принятия решений в чрезвычайных ситуациях;
- Дает возможность принимать более обоснованные решения за счёт привлечения при необходимости дополнительных экспертов;

Поплавский Д.В., Музыкин М.И.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПО УСТРАНЕНИЮ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ (ЧАСТЕЙ) ЧЕЛЮСТЕЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САНКТ-ПЕТРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
г. Санкт-Петербург, Группа компаний фирмы «МЕДИ»

Проведено клиническое исследование по изучению использования разных методов костной пластики у взрослых людей разных возрастных групп в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях различной формы собственности. Изучена первичная медицинская документация (ПМД) государственных, ведомственных и частных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 2012-2015 гг. Всего было проанализировано 150816 ПМД, главным образом амбулаторных карт стоматологических больных и истории болезней пациентов специализированного стационара многопрофильной клиники. Для исследования были отобраны ПМД пациентов, которым проводились операции костной пластики челюстей во время или перед установкой дентальных имплантатов. В государственных ЛПУ в исследование был включён 341 клинический случай, в ведомственных ЛПУ – 417, в частных стоматологических клиниках и кабинетах – 2210 клинических случаев.В ходе клинического исследования было установлено, что костная пластика выполнялась в 3076 случаях, что составило 2,04%.

В государственных (муниципальных) стоматологических ЛПУ костнопластические операции на челюстях до или во время установки дентальных имплантатов используются крайне редко – до 1% случаев.Несколько чаще применялась костная пластика в условиях одного из обследованных ведомственных ЛПУ Санкт-Петербурга, а именно в 4,5% случаев, что можно связать с наличием возможности у пациентов лечиться в условиях стационара.Чаще всего костная пластика применяется в условиях частных стоматологических клиник Санкт-Петербурга и Ленинградской области, а именно в 8 % обращений пациентов за хирургической стоматологической помощью.Среди пациентов, которым выполняется костная пластика в ЛПУ разной формы собственности, преимущественнобыли среднего возраста, количество женщин практически в 2 раза превышало количество мужчин, за исключением ведомственных учреждений.

В городских стоматологических поликлиниках применение методики защиты лунки составляет на сегодняшний день менее 1%, в ведомственных учреждениях около 5%, в частных стоматологических клиниках - до 20%обращений пациентов за хирургической стоматологической помощью.

Введомственных и городских (муниципальных) ЛПУ Санкт-Петербурга доли использования врачами хирургами-стоматологами отечественных и импортных материалов для костной пластики челюстей, практически одинаковы. В частных ЛПУ Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 90% случаях врачами хирургами-стоматологами используются импортные материалы для костно-пластических операций, которые способствуют оптимизации репаративногоостеогенеза костной ткани челюстей.

Попов В.И., Тулупов А.Н., Фуфаев Е.Е., Попова Т.В.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКИХ

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Выявленная у 68 больных гнойно-деструктивными заболеваниями легких выраженная иммунологическая недостаточность носит, вероятно, вторичный характер. Для уточнения этого предположения было выполнено гистологическое изучение лимфоидных органов у 22

умерших пациентов острыми инфекционными деструкциями легких, а это, как правило, больные с наиболее тяжелыми проявлениями гнойно-деструктивного процесса в легких.

В вилочковой железе наблюдалось резкое истончение долек ее паренхимы вплоть до почти полного их исчезновения, особенно в группе умерших с гангреной легких.

В селезенке при гистологическом исследовании обычно выявлялись дистрофические изменения в виде уменьшения количества и размера лимфатических фолликулов.

Во всех регионарных к гнойному процессу в легких лимфатических узлах наблюдались явления «гистиоцитоза» синусов, выраженного в большей степени при абсцессах легких, чем при гангрене.

Для объективизации оценки состояния иммунной системы было проведено количественное морфометрическое исследование вилочковой железы и селезенки. Установлено что степень выраженности патологических изменений в вилочковой железе и селезенке в группах умерших с гангреной и абсцессами легких существенно различались между собой в среднем в 2-2,5 раза.

Таким образом, считаем крайне необходимым учитывать морфологические и морфометрические изменения лимфоидной ткани у больных острыми инфекционными деструкциями легких в процессе комплексного консервативного и оперативного лечения.

Прядко А.С.[1], Майстренко Н.А.[1], Ромащенко П.Н.[1], Бойко И.Ю.[2], Седлецкий Р.Р.[2]

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАТОМОРФОЗА И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова[1], Ленинградская областная клиническая больница[2]

Хирургическое лечение хронического панкреатита (ХП) является актуальной проблемой панкреатологии. С одной стороны, это обусловлено увеличением числа больных данной патологией, в т.ч. с развитием угрожающими жизни осложнений, с другой – тенденцией к неоправданному расширению показаний к оперативному лечению. В литературе представлены полярные мнений о выборе варианта оперативного пособия в лечении ХП. Сравниваются результаты дренирующих и резекционных операций. Наибольшие дискуссии возникают о выборе варианта и объема резекции ПЖ у больных с учетом клинико-инструментальных проявлений заболевания и морфологических изменений панкреатической ткани.

Изучены результаты обследования и лечения 472 больных ХП за последние 12 лет. Большинство пациентов были мужчины - 301(63,8%). Возраст пациентов составлял от 18 до 82 лет. Применение модифицированной Марсельско-Римской классификации (1988 г.) позволило распределить всех больных ХП по основным группам. Оперативные вмешательства выполнены у 340 больных: при помощи малоинвазивных технологий у 153, традиционных – у 187.

Проведение сопоставлений результатов клинико-лабораторных и инструментальных сведений о больном с данными оригинальных гистологических и иммуногистохимических исследований состояния экзокринно-эндокринного аппарата ткани поджелудочной железы позволили выделить основные клинико-морфологические формы ХП, которые необходимо учитывать при обоснование лечебной тактики. Выявлены достоверные различия выраженности фиброзных, деструктивных, дистрофических изменений паренхимы железы и атрофии эндокринного аппарата при трех основных формах ХП.

Установлено, что выбор варианта хирургического вмешательства в каждом конкретном случае необходимо определять с учетом формы ХП, преимущественной локализации процесса в ПЖ, изменений в протоковой системе, а также характера развившихся осложнений.Полученные данные свидетельствуют, что лечение больных

обструктивным ХП, проведенное у 81(17,2%) пациента, должно основываться на применение эндоскопических операций, направленных на устранение желчной и панкреатической гипертензии, патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки.Выбор метода оперативного пособия у 121(25,6%) больных кальцифицирующим ХП напрямую зависел от клинических проявлений,степени обструкции желчных и панкреатического протоков, а также нарушения дуоденальной проходимости, наличия или отсутствия кист. Основной операцией явилась панкреатикоеюностомия (n=65), выполненная при наличии панкреатической гипертензии. В случаях преимущественного поражения головки ПЖ, склонялись к выполнению дуоденумсохраняющих резекций головки ПЖ (по Фрею n=9; по Бегеру n=7).Показанием к панкреатодуоденальной резекции (ПДР) сформулированы при дуоденальной дистрофии (n=2). Показания к оперативному вмешательству при воспалительном ХП установлены у 139 (53,9%) из 270 больных, которые составили наиболее многочисленную и полиморфную группу. Разнообразность клинических проявлений и вариантов течения заболевания в этой группе, обусловленных как фазностью и временем присутствия воспалительного процесса, так и развившимися осложнениями ХП, вынуждала прибегать в лечебной программе как к малоинвазивным дренирующим операциям (в изолированном или этапном варианте), так и резекции ПЖ. Летальность после операций составила 1,5%. Осложнения возникли у 9,8% больных после малоинвазивных и у 29,4% после традиционных вмешательств.

Таким образом, хирургическая тактика у больных хроническим панкреатитом вариабельна и зависит от формы заболевания и его осложнений, результатов дооперационного обследования с оценкой общесоматического статуса пациента и учета характера морфологических изменений в поджелудочной железе.

Ракул С.А.[1], Дзидзава И.И.[2], Котив Б.Н.[2], Гладышев Д.В.[1,2], Цивьян Б.Л.[1], Коваленко С.А.[1], Шелегетов Д.С.[2],Моисеев М.Е.[1], Гнедаш С.С.[1].

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОГО ХИРКУРГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕВ

[1]СПб ГБУЗ «Городская больница №40» (гл. врач – проф. С.Г. Щербак), г.Санкт-Петербург, г.Сестрорецк.

[2]ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ (нач. – проф. А.Н.Бельских), г.Санкт-Петербург.

Последние два десятилетия в медицине это эпоха бурного внедрениявысоких технологий в лечение больных всех профилей. В хирургии это, в первую очередь, миниинвазивные технологии, позволившие соединить в себе: радикализм, косметичность, низкую травматичность и быструю реабилитацию.

В нашей работе мы хотим представить результаты использования роботизированного хирургического комплекса «daVinciSiHD» в многопрофильном стационаре. С момента инсталляции комплекса«daVinciSiHD»в августе 2013г. и по февраль 2015г. выполнено более 350 робот-ассистированных оперативных вмешательств.Были выполнены следующие типы оперативных вмешательств: абдоминальные операции – 32,4%, урологические – 48%, гинекологические – 18,6%, в области сердечно-сосудистой хирургии – 1%.

В урологии выполнено 176 операций, в их числе: 123 радикальные простатэктомии, 38 резекций почек, 9 нефрэктомий, 6 цистэктомий. Общее количество гинекологических операций составило 67, среди них наиболее часто выполняли пангистерэктомию (23), реже экстирпацию матки с придатками с обеих сторон и двусторонней тазовой лимфаденэктомией (10), экстирпацию матки с маточными трубами (14), оварицистэктомию (15), миомэктомию (5). В абдоминальной хирургии выполнено 117 операций, в основном нами выполнялись

операции по поводу колоректального рака (104) из них по поводу рака ободочной кишки (54) и по поводу рака прямой кишки (50). Пациентам, страдающим раком желудка, выполнены полностью роботические дистальная субтотальная резекция желудка (2), гастрэктомия (2). Выполнено 9 бариатрических операций:5продольных резекций желудка и 4 операции желудочного шунтирования. В сердечно-сосудистой хирургии выполнено 4 маммаро-коронарных шунтирования без использования аппарата искусственного кровообращения. Кроме того, выполнено 2 пластические операции – эндоскопическая подтяжка бровей.

Конверсии имели место в 2-х случаях по поводу рака прямой кишки, причинами конверсии были: большие размеры опухолевого образования с вовлечением в опухолевый процесс соседних органов, не диагностированные в ходе предоперационного обследования и приходились на ранний период освоения методики и проведения первых операций. Объём кровопотери, как правило, был минимальным. Повторные операции по поводу осложнений проведены в 3% случаев. Основное количество осложнений приходится так же на этап освоения методики. Был зафиксирован один летальный исход – на 2-е сутки после операции (ультранизкая передняя резекция прямой кишки) от массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Применение робот-ассистированных операций в многопрофильном стационаре является высокотехнологичным эффективным, безопасным и перспективным методом лечения большого спектра заболеваний в различных областях хирургии. Однако, высокая стоимость роботокомплекса и его расходного оборудования является существенным препятствием к широкому внедрению робот-ассистированных операций в повседневную хирургическую практику.

В заключение можно констатировать, что развитие хирургии в последние годы уверенно взяло направление на совершенствование миниинвазивных технологий и расширение показаний к ним, при этом сохраняя все принципы открытых оперативных вмешательств.

Романенко С.М., Ващенко В.И., Бельгесов Н.В., Малкова И.В., Ващенко Т.Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ХРАНЕНИИ ДОНОРСКИХ КОМПОНЕНТОВ В БАНКЕ КРОВИ

г. Санкт–Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Накопление пирогенных цитокинов в клеточных гемокомпонентах по мере увеличения сроков их хранения отмечено многими исследователями. Показано, что уровень цитокинов зависит от содержания лейкоцитов и срока хранения эритроцитосодержащих гемокомпонентов (Kelley D.L., 2000). Полагают, что интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и фактор некроза опухоли (ФНО-α) являются основной причиной посттрансфузионных фебрильных реакций (Chalandon Y., 1999; Heddle N.M.,1999).

Целью работы являлось выявление связи между количественным содержанием интерлейкинов и функциональным состоянием остаточных лейкоцитов в донорских компонентах в зависимости от использованного гемоконтейнера и консерванта. Нами проведено изучение количественного и качественного состояния остаточных лейкоцитов и содержания ИЛ-1β и ФНО-α в эритроцитосодержащих компонентах. Были исследованы 14 гемокомпонентов, полученных из 400 мл консервированной крови в контейнерах «Гемакон» (ОАО «Синтез») и 10 образцов, заготовленных в контейнерах “Baxter” (США). Количественная и качественная оценка остаточных лейкоцитов проведена на 1, 3, 7, 14 и 21 сутки хранения. Жизнеспособных лейкоцитов оценивали методом прижизненной окраски трипановым синим. Морфологическое исследование форменных элементов крови с дифференциальным подсчетом лейкоцитарной формулы проводили в мазках крови под иммерсией на микроскопе Биолам Р-15 «ЛОМО» (объектив 90×, окуляр 10×). Количественное определение апоптозных лейкоцитов выполняли на микроскопе «МЛ-2»

методом прижизненной окраски клеток акридиновым оранжевым по общепринятой морфологической методике (Жербин Е.А., Чухловин А.Б., 1986) в нашей модификации (Ващенко В.И. с соавт., 1997, 2001 гг.). Содержание цитокинов ИЛ-1β и ФНО-α определяли методом ИФА на фотометре StatFax-2100 тест-системами ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск).

При анализе полученных результатов выявлены значимые различия количества лейкоцитов между группами (гемаконы с глюгициром (ГГЦ) и «Baxter» с CPDA-1) на всех сроках хранения ($p<0,001$). Общим для всех изученных классов лейкоцитов является выраженное уменьшение их численности при хранении. При сравнении по группам содержания лимфоцитов значимые различия выявлены на всех сроках хранения (от $p<0,05$ до $p<0,001$). Количество жизнеспособных лимфоцитов последовательно уменьшалось в обеих группах, причем уже на 3 сутки их содержание при использовании консерванта ГГЦ было значимо меньше по сравнению с CPDA-1 ($p<0,001$). Такая зависимость прослеживалась до конца срока хранения (7 сутки - $p<0,05$, 14 сутки - $p<0,01$, 21 сутки - $p<0,001$).

Полученные результаты показали, что уровень ИЛ-1β и ФНО-α в исследованных компонентах крови изменялся волнообразно. Для ИЛ-1β значимые различия между группами выявлены на 3 сутки ($p<0,01$), на 7 сутки ($p<0,001$) и на 14 сутки ($p<0,001$). Для значений ФНО-α достоверные групповые различия зарегистрированы на всех сроках наблюдения. При этом, наибольшее количество апоптозных клеток соответствовало по времени наименьшему количественному содержанию ИЛ-1β и ФНО-α. И наоборот, максимальная концентрация изученных цитокинов совпадала по времени с минимальным количеством апоптозных лейкоцитов.

Выявленный феномен синусоидального изменения содержания апоптозных клеток и цитокинов в широко распространенной трасфузионной среде – эритроцитосодержащем компоненте – требует дальнейшего изучения.

РомащенкоП.Н., МайстренкоН.А., Лысанюк М.В., Янбухтина В.Р.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования – оценить эффективность хирургического лечения артериальной гипертензии (АГ) у больных гормонально-активными опухолями надпочечников (ГАОН) и определить причины ее сохранения или рецидивирования в послеоперационном периоде.

Проведен анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств 1035 больных новообразованиями надпочечников(сроки наблюдения от 1 до 26 лет, в среднем 10,50±5,16): альдостеромой – 26,0%, кортикостеромой – 33,0%, хромаффиномой – 24,5%, адренокортикальным раком – 8,5%, гормонально-неактивными опухолями – 8,0%. Всем больным выполняли комплексное обследование, включающее общеклинические, биохимические, гормональные, лучевые методы исследования, согласно разработанного в клинике лечебно-диагностического алгоритма. Состояние сердечно-сосудистой системы и центральной гемодинамики до операции и после нее изучали при суточном мониторировании АД и сердечного ритма, ЭКГ, эхокардиохрафии, интегральной реографии тела.

Установлено, что АГ разной степени выраженности до операции преимущественно отмечалась у 89,5%больных ГАОН (альдостеромой, кортикостеромой и хромаффиномой). После удаления опухоли с надпочечником отмечали существенное снижение АД начиная со 2-5-х суток и не превышало 140 и 90 мм рт.ст. Стойкая нормализация АД наступила у 64,3% больных, у остальных 35,7% выявлена АГ, которая сохранялась сразу после операции или рецидивировала в последующем(в течение 4,3±3,4 лет). Во всех случаях АГ протекала

значительно благоприятнее, чем до операции, при этом АД хорошо коррегировалось обычными медикаментозными средствами (конкор, моноприл, энап, эгилок и др.).

Выявлено, что сохранение или рецидивирование АГ отмечалось у пациентов, которые на момент оперативного вмешательства находились в зрелом возрасте. При этом возраст больных с постоянной послеоперационной АГ (20%) при удалении ГАОН был ближе к пожилому – 58,80±2,07 лет, в отличие от пациентов с транзиторной АГ (15,7%) – 44,75±3,89 лет. Следует отметить, что средний возраст больных на момент удаления ГАОН, у которых в послеоперационном периоде АД оставалось нормальным, составил 34,75±3,27 лет. Следовательно, между группами получено статистически значимое различие по возрасту на момент операции ($p<0,05$), которое объясняет причины сохранения или рецидивирования АГ в отдаленном послеоперационном периоде. Полученные данные свидетельствуют, что развитие ГАОН у больных в возрасте после 44,75±3,89 лет отмечалось, как правило, на фоне гипертонической болезни или ее гормональная активность способствовала эссенциализации АГ. У пациентов с постоянной АГ после операции, длительность гипертонической болезни до манифестации ГАОН составила 13,60±3,27 лет ($p<0,05$). Наряду с этим установлено, что для пациентов с транзиторной и постоянной формами АГ, у которых после операции полностью нормализовалосьАД, гипертензионный анамнез от манифестации ГАОН до ее удаления составил 5,37±3,30 лет.

Таким образом, причины сохранения или рецидивирования АГ после удаления ГАОН не связаны с неадекватным объемом оперативного вмешательства или рецидивированием заболевания. Установлено, что причины АГ в отдаленном послеоперационном периоде в 35,7% случаев обусловлены длительностью повышенного АД до удаления гормонально-активной опухоли надпочечника у пациентов зрелого возраста, эндокринно-обменными и сердечно-сосудистыми нарушениями, которые приводили к эссенциализации АГ. Преобладание прессорных гормонов над депрессорными приводило к ремоделированию сердечно-сосудистой системы и способствовало развитию диастолической дисфункции левого желудочка, обусловленной нарушением релаксации миокарда и возрастанием роли систолы предсердий в его наполнении.

РомащенкоП.Н., МайстренкоН.А., ПрядкоА.С., Алиев А.К.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования – оценить результаты лечения больных ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков (ЯПЖП) с клинических и патоморфологических позиций развивающихся изменений в стенке общего желчного протока (ОЖП) при механической и термической травме для обоснования рациональной хирургической тактики.

Проанализированы результаты лечения 62 пациентов ЯПЖП после выполнения лапароскопической холецистэктомии с учетом оригинальных сведений полученных в ходе экспериментальных исследований. Больные ЯПЖП были распределены согласно международной классификации «АТОМ» (2011). Материалом экспериментального исследования послужили 10 животных (свиньи). Эксперимент проводился во время лапароскопического вмешательства, при котором ОЖП предварительно клипировали, затем одним животным выполняли полное механическое пересечение (МП), а другим − полное термическое пересечение (ТП).

Проведенноеоригинальное экспериментальное исследование позволило установить, что несмотря на относительно ограниченный характер ТП при макроскопической оценке, они при морфологическом исследовании, в отличие от МП, являются распространенными.

Оценить интраоперационно характер ТП невозможносучётом распространенности травмы и уровня демаркации. Установлено, что при МП отмечается повреждение стенки ОЖП на всю его толщину на 2,5±0,6 мм от места наложения клипс, у животных с ТП на расстоянии 6,3±0,8 мм, что является границей зоны формирования рубцовой стриктуры ОЖП.

Полученные нами данные позволили определить хирургическую тактику и стратегию при различных вариантах ЯПЖП, которые должны основываться как на учете основных показателей классификации «АТОМ», так и характере травмы – МП или ТП. Анализ результатов лечения больных ЯПЖП позволил установить, что основными видами хирургического лечения были: наружное дренирование, реконструктивно-восстановительные операции в виде формирования гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) на отключенной по Ру петле тонкой кишки, восстановительные операции в виде формирования билиобилиарного анастомоза (ББА) и ушивание краевого дефекта холедоха на Т-дренаже. Установлено, что неудовлетворительныеотдаленные результатыхирургического лечения больных ЯПЖП былив 22 % случаевсвязаны с развитием стриктур ББА, ГЕА и ОЖП после ушивания дефекта на Т-дренаже. Причинами развития стриктур при формировании ББА и ГЕА явился некроз стенки гепатикохоледохапосле ТП и реже МП. Стриктуры ГЕА по Ру сформировались после выполнения реконструктивно-восстановительного ГЕА на отключенной по Ру петле тонкой кишки на фоне полного термического повреждения ОЖП, без выполнения необходимого объема резекции культи.Поэтому диагностика полного термического пересечения ОЖП во время операции или в послеоперационном периоде требует выполнение первым этапом наружного дренирования культи холедоха, а вторым – реконструктивно-восстановительной операциичерез 5-6 мес с резекцией не менее 7 мм проксимальной культи ОЖП. В случае полного механического повреждения ОЖП допустимо выполнение ГЕА на отключенной по Ру петле тонкой кишки после резекции не менее 3 мм проксимальной культи холедоха.

Таким образом, проведенные клинико-экспериментальные исследования свидетельствуют, что при ЯПЖП должны учитывать не только время их обнаружения, характер и масштаб повреждения, развитие инфекционно-гнойных осложнений, но и механизм повреждения для обоснования выбора рационального варианта оперативного вмешательства, обеспечивающего минимизацию неудовлетворительных результатов и хорошее качество жизни.

Рубцов Ю.Е., Гуськов А.С., Улупова Е.О., Щетинина К.А.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Цель. Изучить особенности функционального состояния щитовидной железы у больных с внебольничными пневмониями (ВП).

Материалы и методы. Использованы данные анализа 75 историй болезни больных, лечившихся в клиниках терапевтического профиля ВМедА по поводу ВП. Больные были разбиты на 3 группы по 25 человек в каждой: 1-я группа – военнослужащие с ВП тяжелого течения в возрасте старше 28 лет, 2-я группа – военнослужащие по призыву с ВП нетяжелого течения в возрасте до 28 лет включительно, третья – военнослужащие по призыву с ВП тяжелого течения в возрасте до 28 лет включительно.

Результаты. При сравнении показателей функционального состояния щитовидной железы при поступлении в стационар у военнослужащих с ВП различного возраста установлены существенные отличия в гормональном статусе. Средний уровень свободного трийодтиронина у военнослужащих 3 группы составлял 2,21±0,69 пг/мл и был достоверно ниже (на 29 %), чем у военнослужащих 1 группы и на 34% ниже, чем у военнослужащих 2

группы. Снижение уровня свободного трийодтиронина ниже нормативного наблюдалось у 25% пациентов ВП 3 группы и у 4% больных 1 группы.

Средний уровень тиреотропного гормона у военнослужащих 3 группы составил 2,11±0,23 МкМЕ/мл и был достоверно выше (на 31%), чем у военнослужащих 1 группы и на 37% выше, чем у военнослужащих 2 группы. Уровень свободного тироксина у военнослужащих изучаемых групп достоверно не отличался.

На 10-14 сутки лечения в стационаре на фоне стабилизации состояния больного, купирования дыхательной недостаточности, лейкоцитоза, нормализации биохимических показателей наблюдалось восстановление уровней свободного трийодтиронина и тиреотропного гормона, которые достоверно не отличались в изучаемых группах.

Проведенный корреляционный анализ в группе пациентов с ВП тяжелого течения показал наличие тесных взаимосвязей уровня тиреоидных гормонов с клинико-лабораторными данными, отражающими тяжесть патологического процесса. В частности, выявлена отрицательная взаимосвязь уровня свободного трийодтиронина с баллами тяжести по шкалам оценки тяжести ВП: SMRT-CO ($R= - 0,62$; $p<0,05$) и SCAP ($R= - 0,58$; $p<0,05$), с продолжительностью лечения в стационаре ($R= - 0,53$; $p<0,05$), а также положительная корреляция уровня свободного трийодтиронина с наличием артериальной гипотензии ($R=0,52$; $p<0,05$).

Выводы. Внебольничная пневмония тяжелого течения у военнослужащих характеризуется транзиторным снижением уровня свободного трийодтиронина, наиболее выраженным у военнослужащих молодого возраста и коррелирует с артериальной гипотензией, ростом количества баллов по шкалам оценки тяжести ВП SMART-COP, SCAP и сроками госпитализации.

Рубцов Ю.Е., Киреева Е.Б., Попов А.В., Першко В.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Материалы и методы. Объектом ретроспективного анализа стали 100 историй болезни военнослужащих молодого возраста, лечившихся в военных госпиталях Министерства Обороны РФ и клиниках терапевтического профиля ВМедА по поводу внебольничной пневмонии тяжелого течения (ВП). Все обследуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа – лица с ВП тяжелого течения в возрасте старше 28 лет, 2-я – военнослужащие по призыву с ВП тяжелого течения в возрасте до 28 лет включительно.

Результаты и выводы. Проведен анализ развития осложнений при тяжелом течении ВП: наиболее частым осложнением в первые 3 сут нахождения в стационаре в обеих группах являлось развитие острой дыхательной недостаточности (ОДН), однако у военнослужащих молодого возраста развитие ОДН диагностировалось чаще. Так в 2 группе ОДН различной степени выраженности развивалась у 65% больных, в 1 группе у 53% больных.

Вторым по частоте развития осложнений в первые 3 сут нахождения в стационаре при тяжелом течении ВП диагностировалась артериальная гипотензия, в 1 группе у 34%, во 2 второй у 42% больных. И в 1 и 2 группе артериальная гипотензия успешно купировалась адекватной инфузионной терапией.

На 3-7 сут нахождения в стационаре наблюдалось развитие других осложнений ВП. Так у больных 2 группы наиболее часто диагностируемым осложнением являлось развитие инфекционно-токсического миокардита – у 27% больных, у больных же 1 группы данное осложнение развивалось достоверно реже – у 5% больных. Вторым по частоте развития

осложнений в данный период лечения ВП являлось развитие парапневмонического плеврита, у больных 2 группы оно наблюдалось у 9%, а в 1 группе у 5% больных. Следующими по частоте развития были нефропатия в 1 группе больных – у 2%, в 2 группе – у 10 % больных соответственно и гепатопатия, в 1 группе больных –3% больных, в 2 группе –5% больных соответственно.

Таким образом, особенностями клинической картины внебольничной пневмонии тяжелого течения у военнослужащих молодого возраста являются высокая частота развития острой дыхательной недостаточности (65%), артериальной гипотензии (42%), миокардита (27%) и нефропатии (10%) на фоне длительно сохраняющейся лихорадки, многодолевого поражения легких.

Рубцов Ю.Е., Киреева Е.Б., Попов А.В. Улупова Е.О.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Материалы и методы. Объектом ретроспективного анализа стали 100 историй болезни военнослужащих молодого возраста, лечившихся в военных госпиталях Министерства Обороны РФ и клиниках терапевтического профиля ВМедА по поводу внебольничной пневмонии тяжелого течения (ВП). Все обследуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа – лица с ВП тяжелого течения в возрасте старше 28 лет, 2-я – военнослужащие по призыву с ВП тяжелого течения в возрасте до 28 лет включительно. Верификация этиологического агента выполнялась методом ПЦР диагностики в смывах из ротоглотки и методом ИФА в крови в первые сутки госпитализации до начала эмпирической антибиотикотерапии.

Результаты и выводы. У военнослужащих молодого возраста с ВП тяжелого течения: наиболее частыми этиологическими агентами определялись стрептококковая инфекция – у 28 % больных, микоплазменная и хламидийная инфекция – у 28% и вирусная инфекция - у 22% больных, из них наличие аденовирусной инфекции – более чем у 20% больных. У половины больных определить возбудителя не удалось.

У военнослужащих с ВП тяжелого течения старше 28 лет наиболее частым возбудителем являлась «атипичная» флора (микоплазменная и хламидийная инфекция) – 36% случаев, следующая по частоте – стрептококковая инфекция – у 25% больных, затем вирусная инфекция – 10 % случаев. У половины всех больных этой группы определить возбудителя не удалось.

На следующем этапе у лиц с определенным возбудителем проведено сравнение этиологической структуры ВП тяжелого течения, включая анализ сочетаний инфекций.

У военнослужащих молодого возраста с ВП тяжелого течения в этиологической структуре достоверно чаще встречались аденовирусная моноинфекция (12%) и микст-инфекция пневмококка и вирусной инфекции (у 20% больных).

У военнослужащих старше 28 лет с ВП тяжелого течения наиболее распространены в этиологической структуре пневмококковая (20%) и микст-инфекция с атипичной флорой: микоплазменная и хламидийная инфекция (у 28% больных). Зарегистрирована низкая частота сочетаний с вирусной инфекцией.

Таким образом, этиологическая структура внебольничной пневмонии тяжелого течения отличается в различных возрастных группах и характеризуется более частой встречаемостью по сравнению с внебольничной пневмонией нетяжелого течения у военнослужащих молодого возраста с внебольничной пневмонией тяжелого течения микст-инфекции стрептококк и аденовирус, а у военнослужащих старше 28 лет с внебольничной пневмонией тяжелого течения - атипичных возбудителей в различных сочетаниях.

Рудь А.А., Колосовская Е.Н., Петров А.Н., Коскин В.С., Ломакин Д.Н.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. С-Петербург

Развитие инфекционных осложнений у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой заложено в патогенезе травмы с развитием органной дисфункцией, эндогенной интоксикацией, иммуннодисфункции. Инфекционные осложнения у пострадавших развиваются в третий период травматический болезни, который начинается с 3 суток и значительно влияют сроки лечения, выполнение отсроченных и плановых оперативных вмешательств и исход [Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф. 2004г, Селезнев С.А., Багненко С.Ф. и соавт., 2004].

Целью работы стало изучение особенностей инфекционных осложнений, анализ ихсроков, частоты и структуры инфекционных осложнений у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Объектом исследования стали 524 пострадавших проходивших лечение в клинике военно-полевой хирургии ВМедА в период с 2001 по 2006 гг. (массив №1 – 214 пострадавших) и с 2008 по 2014 гг. (массив № 2 – 310 пострадавших, с применением многоэтапного хирургического лечения). Тяжесть повреждения при поступлении по шкале ВПХ-П была сопоставима и составила 9,9±0,35 и 10,1±0,37 баллов, тяжесть состояния по шкале ВПХ-СП составляла 25,9±0,6 и 26,6±0,5 баллов. Летальность в группах исследования – 29,4% и 24,9% соответственно.

При оценке частоты инфекционных осложнений (ИО) в обоих массивах последние распределялись на 3 группы – местные, висцеральные, генерализованные ИО. Местные зарегистрированы в 12,1% в первом массиве и в 15,2% во втором. Среди местных инфекционных осложнений преобладали (43,2%) гнойно-воспалительные осложнения в области повреждения мягких тканей и костных структур и области хирургических вмешательств. При этом во втором массиве увеличение частоты инфекционных осложнений произошло за счет поверхностной ИОХВ в области прохождения спиц и стержней. Более глубокие инфекционно-воспалительные процессы в области хирургического вмешательства и областях повреждения превалировали в первой группе. Частота и сроки развития местных ИО представляются двумя волнами с максимальной частотой развития на 8-9-е (первая волна) и 12-15-е (вторая волна) сутки.

Висцеральные ИО зарегистрированы в 40,4% случаев в первом массиве исследования, во втором – 34,2%. В большинстве случаев регистрировались бронхолегочные ИО (60,1% в первой и 52,2% во второй группах исследования) и инфекция мочевыделительной системы (20,4% в первом массиве и 15,4% во второй). Снижение частоты висцеральных инфекционных осложнений у пострадавших с примененной многоэтапной хирургической тактикой связано с уменьшением эндотоксикоза после травмы на 2-3 сутки, большей мобильностью пострадавшего за счет жесткой стабилизации повреждений опорно-двигательного аппарата. У большинства пострадавших в обоих группах висцеральные ИО сочетались как с местными ИО (в 69,3 % от всех местных ИО), так и друг с другом (в 85,3 % от всех висцеральных ИО). Максимальная частота развития висцеральных ИО соответствовала 4-7-м суткам (началу III периода ТБ) и была обусловлена развитием бронхолегочных висцеральных ИО.

Генерализованные инфекционные осложнения развились у 22,3% пострадавших с ТСТ в первой группе исследования и в 16,6% случаев во втором массиве исследования. Основными причинами развития генерализованных ИО являлись крайне тяжелые повреждения и развитие висцеральных бронхолегочных ИО. Частота развития

генерализованных ИО в динамике ТБ представлена двумя волнами. Первая «волна» характеризуется высокой частотой развития генерализованных ИО в период 5-6-х, а вторая - в период 8-10-х суток.

Летальные исходы развились в первой группе у 32,8% пострадавших, во второй – 27,7%. Значимых различий в структуре летальных исходов в обеих группах не вывялено, поэтому приведем общую статистику для обоих массивов. В первые 6 суток летальный исход наступил у 11,4% пострадавших с крайне тяжелыми травмами от прогрессирования сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, отека головного мозга. В данной группе пострадавших развитие инфекционных осложнений не повлияло на исход. Развитие септического процесса привело к летальному исходу в 49,5% случаев от всех неблагоприятных исходов и в 80,1% случаев развившихся с 6 суток. У 19 пострадавших (в обоих группах) в различные сроки наступил летальный исход от неинфекционных осложнений. Максимальное количество летальных исходов от генерализованных инфекционных осложнений зарегистрировано в 2 периода с 5 по 7 сутки (17 пострадавших) и в 9-15 (25 пострадавших) сутки от прогрессирования ПОН. В остальных 34 случаях генерализованный инфекционный процесс повлиял на исход: вследствие развития септического шока у 5 пострадавших, тяжелого сепсиса и декомпенсации основных жизненно-важных органов и систем у 9 пострадавших на 30-70 сутки; нарушения гомеостаза, что привело как к развитию неинфекционных осложнений (желудочно-кишечные кровотечения, тромбоэмболических осложнений, острого нарушения мозгового кровообращения и инфаркта миокарда).

Таким образом, у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой частота инфекционных осложнений составляет 65%. Характерно сочетание нескольких инфекционных осложнений у одного пострадавшего. Основной причиной летальных исходов в первые 6 суток является тяжелое повреждение жизненно-важных органов и систем с прогрессированием ПОН, в последующем – развитие генерализованных инфекционных осложнений.

Русев И.Т., Карайланов М.Г., Буценко С.А., Прокин И.Г.

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ КАК СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель – Русев Илья Трифонович

г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева д.6, 8 (911) 7728400, karaylanov@mail.ru

Одним из основных направлений совершенствования медицинской помощи стало внедрение стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения. Наиболее экономически целесообразными и в то же время удобными для больных признают дневные стационары, которые организуют как в отдельных медицинских организациях амбулаторного типа, так и амбулаторно-консультативных отделениях многопрофильных стационаров. При организации медицинской помощи на дому в объемах стационарного лечения посещение врачом больного также определяют как стационарозамещающую технологию и оформляют как стационар на дому.

Медицинская целесообразность и экономическая эффективность деятельности дневных стационаров обусловлена тем, что в условиях высокой заболеваемости и недостатка стационарных коек при организации режима работы в две смены обеспечивают высокий охват населения квалифицированной кардиологической помощью. При правильной организации больные в каждой смене получают полный объем диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, предусмотренных для конкретного заболевания.

Длительность пребывания больного на койке дневного стационара определяют по фактическим дням оказания медицинской помощи.

Врач-специалист вместе с участковым терапевтом, врачом общей практики проводит первичный отбор больных в дневной стационар, руководствуясь показаниями к госпитализации. На койках дневного стационара проводят лечение с внутривенным введением лекарственных средств, диагностические и лечебные процедуры, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения этих мероприятий. Возможно проведение курсового лечения при обострениях и прогрессировании заболевания в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также использование методик профилактики и реабилитации, проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

Работу дневных стационаров финансируют по программе обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации, и получаемая в дневном стационаре медицинская помощь, включая лекарственную, для пациентов бесплатна. Кроме того, возможно оказание помощи на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг. Объемы медицинской помощи в дневных стационарах рассчитывают, исходя из потребностей населения в данной форме лечения с учетом сложившихся объемов традиционной стационарной помощи, а также инфраструктуры здравоохранения и заболеваемости. Койки дневного пребывания в стационарах – структурная часть конечного фонда отделения (палаты) в соответствии с профилем и их учитывают в общей мощности учреждения. Ведение документации и движение больных осуществляют в установленном порядке (Приказ Минздрава РФ от 09.12.1999 № 438 "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях").

Русев И.Т., Карайланов М.Г., Буценко С.А., Прокин И.Г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель – Русев Илья Трифонович

г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева д.6, 8 (911) 7728400, karaylanov@mail.ru

В Концепции современного развития системы здравоохранения Российской Федерации достаточно большое внимание уделяется первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. При этом данный вид медицинской помощи характерен не только для медицинских организаций амбулаторного типа, но и многопрофильных стационаров, имеющих в своем составе амбулаторно-консультативные отделения.Амбулаторно-консультативное отделение повышает качество оказания медицинской помощи многопрофильным больным за счет обеспечения преемственности амбулаторного, стационарного и реабилитационного лечения.Амбулаторно-консультативное отделение улучшает взаимосвязь между базовыми амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарным звеном, привлекая диагностическую базу стационара для дообследования пациентов, обеспечивая высококвалифицированную консультативную помощь больным с «трудным диагнозом», полиморбидным больным.

Основными задачами амбулаторно-консультативного отделения являются:

- оказание консультативной, диагностической и амбулаторной помощи с целью раннего выявления заболевания и своевременного лечения;

- проведение отбора пациентов и необходимое, амбулаторное дообследование для планового стационарного лечения, в том числе оперативного лечения;

- проведение работы по профилактике обострения заболеваний, приводящих к серьезным осложнениям, инвалидности и летальности.

Врачи, работающие в стационаре, активно консультируют пациентов в условиях амбулаторно-консультативного отделения, тем самым определяя дальнейшую тактику их ведения.Кроме того, мощная инструментальная база стационара активно используется в диагностике и лечении заболеваний пациентов, проходящих амбулаторное лечение.

Амбулаторно-консультативное отделение является основой внедрения и широкого применения стационарозамещающих технологий на базе многопрофильного стационара.

Эффективность работы многопрофильного стационара зависти от правильного распределения потока пациентов, нуждающихся в оказании стационарной или амбулаторной помощи.

Русев И.Т., Карайланов М.Г., Буценко С.А., Прокин И.Г.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель – Русев Илья Трифонович

г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева д.6, 8 (911) 7728400, karaylanov@mail.ru

В последние годы совершенствование системы охраны здоровья в стране осуществлялось в соответствии в Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, которая определила цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагает государство и граждане. Актуальной задачей остается обеспечение максимальной доступности стационарной помощи всем нуждающимся за счет более рационального использования ресурсов отрасли. Сокращение коечного фонда в последние годы происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и невостребованности в связи в этим части коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием. Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения, то есть объективной потребностью самой системы здравоохранения, действующей в реальной социально-экономической среде. В целом за последние годы в Российской Федерации число дневных стационаров (ДС) на базе амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) увеличилось в 3,8 раза, ДС на базе больничных учреждений – в 12,4 раза, а число стационаров на дому (СД) в 4,4 раза. При этом число пролеченных больных возросло в ДС на базе АПУ в 4,4 раза, а в ДС на базе больничных учреждений – в 17,3 раза и в СД – в 3,3 раза.

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать ресурсные возможности больничных учреждений,

структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: дневной стационар для более легкого контингента больных и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых больных, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения. Главным преимуществом данной структуры при многопрофильномстационареявляется наличие мощной диагностической (от анализа крови до сложных гормональных исследований, от ЭКГ до круглосуточного мониторирования работы сосудов и сердца, велоэргометрии, энцефалографии, УЗИ с доплероскопией и т.д.) и реабилитационной (от массажа и мануальной терапии до грязелечения) баз, что позволяет иметь низкую длительность пребывания в дневном стационаре (9-10 дней), а так же снизить среднюю длительность пребывания в круглосуточном стационаре с 12,2 до 9 койко-дней, вследствие своевременного перевода на долечивание в дневной стационар.

Следует отметить, что на практике организационные формы работы дневных стационаров на базе больничных учреждений строятся по-разному. В основном это койки долечивания в профильных отделениях стационаров. Организация ДС, как коек долечивания на базе больниц не дает большого экономического эффекта. В лучшем случае это только экономия затрат на питание больных. Реже ДС организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов. Организация ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничного или амбулаторно-поликлинического учреждения с выделением штатов и помещения позволяет более экономно расходовать финансовые возможности стационаров. Стоимость лечения больных в таком ДС почти в 2 раза меньше, чем в одноименном отделении стационара за счет: сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача и круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала), а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание больных. Более выраженный экономический эффект достигается при условии работы ДС в 2 смены. При этом необходимо понимать, что дневные стационары никогда не смогут заменить круглосуточные, и такая цель не стоит. Их задача – снизить нагрузку на больничные учреждения и стать связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью.

Русев[1]И.Т., Михеев[1]А.В., Цителадзе[2]А.А.

АНАЛИЗ НУЖДАЕМОСТИ ВОСПИТАННИКОВ СУВОРОВСКОГО ВОЕННОГО УЧИЛИЩА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова[1]; Санкт-Петербургское суворовское военное училище[2]

Одной из форм добровольной подготовки гражданина к военной службе является обучение по дополнительным общеобразовательным программам, имеющим целью подготовку несовершеннолетних граждан к военной или иной государственной службе, в довузовских образовательных организациях. В первую очередь, это относится к учебным заведениям Минобороны России: суворовским военным училищам, Нахимовскому военно-морскому училищу, кадетским корпусам, президентским кадетским училищам. В течение последних двадцати пяти лет сеть довузовских образовательных организаций Минобороны России (ДВОО) существенно расширилась. При этом существенно изменились условия оказания медицинской помощи воспитанникам, что обусловлено изменением федерального законодательства в сфере охраны здоровья и образования, а также реформированием Вооруженных Сил Российской Федерации.

В настоящее время в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального

закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» оказание воспитанникам первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях возлагается на медицинский персонал ДВОО. Оказание специализированной медицинской помощи воспитанникам должно осуществляться медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, имеющими лицензию на оказание этого вида медицинской помощи. Такие условия оказания медицинской помощи определяют актуальность изучение нуждаемости воспитанников в специализированной медицинской помощи. С этой целью были изучены причины госпитализации воспитанников Санкт-Петербургского суворовского училища (СПб СВУ) в возрасте от 10 до 17 лет за период с сентября 2011 г. по февраль 2016 года в медицинские организации государственной системы здравоохранения Санкт-Петербурга.

Анализ первичной медицинской документации и медицинских отчетов СПб СВУ позволил установить, что среднегодовой показатель уровня госпитализации воспитанников за изучаемый период составил 1300-1400‰ при уровне общей заболеваемости воспитанников 1900-2100‰. В структуре госпитализации преобладали болезни органов дыхания (X класс) – 82,4%; при этом в 76,1% причиной госпитализации стали ОРВИ и грипп, в 10.3% - острые пневмонии и острые бронхиты. Структура других причин госпитализации: инфекционные болезни (Iкласс) – 5,0%, болезни кожи и подкожной клетчатки (XI класс) – 3%, болезни органов пищеварения (XII класс) – 2,9%, травмы и отравления (XIX класс) – 2,7%, другие классы болезней – 4%. Следует отметить, что в 2% случаев причиной госпитализации воспитанников стали различные вегетативные расстройства, в 1,2% случаев – варикоцеле, что можно объяснить возрастными особенностями воспитанников. В большинстве случаев (95%) госпитализация осуществлялась в форме неотложной или экстренной медицинской помощи. Основная доля воспитанников была госпитализирована в отделения терапевтического профиля (94,1%). В 5,9% случаев госпитализация осуществлялась в отделения хирургического профиля, в 0,3% случаев госпитализаций воспитанники были прооперированы по поводу острого аппендицита, в 2,9% случаев – воспитанника оказывалась медицинская помощь по поводу травм. В 80% случаев госпитализация осуществлялась в городскую больницу № 19 (по территориальному принципу), в городскую больницу № 5 (инфекционные отделения), в остальных случаях – в дежурные больницы города. В 99% случаев воспитанники были выписаны с выздоровлением или улучшением. Большинство воспитанников (60-65%) оценивали положительно качество оказанной им медицинскую помощь, условия пребывания в больнице, отношение медицинского персонала.

Таким образом, до 60% воспитанников, заболевших в СПб СВУ, нуждались в оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, что было обусловлено особенностями обучения воспитанников и оказания им медицинской помощи. Представляется целесообразным дальнейшее взаимодействие с должностными лицами медицинских организаций, расположенных в районе дислокации СПб СВУ, с целью дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи воспитанникам.

Рутковская Н.С., Днов К.В.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЛИГИОЗНОСТЬ И ОККУЛЬТНЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Роль религиозного фактора как предиктора суицидального поведения у психически больных в настоящее время изучена недостаточно. Имеются отдельные работы, посвященные влиянию религиозности и пребывания в сектах на клинические особенности и течение психических заболеваний (Пашковский В.Э., 2006, Бондарев Н.В., 2006). Еще менее

изучена роль оккультных увлечений как предиктора суицидального поведения. В религиоведческой, философской, религиозной, психологической литературе имеются отдельные указания на возможное (предположительно отрицательное) влияние оккультного опыта на психическое здоровье человека.

Цель работы: изучение влияния религиозного фактора на суицидальное поведение у пациентов психиатрического стационара.

Материалы и методы: проведено клинико-психопатологическое обследование 55 пациентов психиатрического стационара, у которых бредовые религиозные идеи и оккультные увлечения выявлялись в момент обследования либо в анамнезе и придавали своеобразную окраску клинической картине заболевания.

Результаты и обсуждение: все пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (20 чел.) религиозные и оккультные идеи существовали только в рамках религиозного бреда. Во второй группе (35 чел.) у пациентов действительно наблюдались увлечения оккультного характера или имело место пребывание в сектантских организациях. Из 20 пациентов первой группы 14 человек лечились с диагнозом шизофрения. Реже встречались пфропфшизофрения (1 чел.), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (1 чел.), биполярное аффективное расстройство (1 чел.), сосудистый психоз (1 чел.), эпилепсия (1 чел.), алкогольный делирий(1 чел.). Суицидальные тенденции в период обследования либо в анамнезе выявлялись у 11 пациентов (55,0 %). У пациентов этой группы чаще имела место однократная суицидальная попытка - 8 чел. (40,0 %), реже повторные суицидальные попытки - 2 чел. (10,0 %) и суицидальные высказывания - 1 чел. (5,0 %). Во второй группе присутствовали как пациенты, которые сами активно занимались экстрасенсорикой (15 чел), так и те, кто обращался к экстрасенсам с той или иной целью (9 чел.). Кроме того, часть пациентов, помимо увлечений оккультизмом, некоторое время своей жизни провели в сектантских организациях. (11 чел.). Из 35 пациентов второй группы 16 чел. лечились с диагнозом шизофрения, 4 – острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, 1 - шизотипическое расстройство, 5 – аффективные расстройства (депрессивный эпизод, шизоаффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство), 3 - алкогольные психозы, 1 – алкогольная депрессия, 2 - органическое расстройство, 1 - инволюционный параноид, 1 - расстройство адаптации, 1 – расстройство личности истеро-возбудимого круга. Суицидальное поведение перед поступлением в стационар либо в анамнезе имело место у 24 пациентов (68,6 %) второй группы. При этом однократная суицидальная попытка имела место у 12 пациентов (34,3%), повторные суицидальные попытки у 8 пациентов (22,9 %), только суицидальные высказывания у 1 пациента (2,9 %). У 3 пациентов (8,6 %) отмечались длительные периоды отказа от пищи с тяжелыми соматическими последствиями по религиозно-бредовым мотивам (эти больные являлись бывшими адептами сект).

Выводы: таким образом, исходя из результатов исследования, можно предположить, что суицидальное поведение наблюдается у значительной части пациентов, имеющих оккультные увлечения и отличающихся патологической религиозностью. При этом у больных с оккультными увлечениями и бывших адептов сект тяжесть суицидального поведения выше, чаще встречаются повторные суицидальные попытки и голодание.

Рухтина О.Л.[1], Буланьков Ю.И.[2]

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

[1]*Челябинск, Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниям*
[2]*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова*

Челябинская область относится к числу 22 регионов Российской Федерации с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией (более 940 на 100 тыс. населения). 2/3 инфицированных мужчины репродуктивного возраста.

Цель: дать характеристику тенденций развития заболеваемости мужчин в возрасте 18-28 лет, поступивших на диспансерное наблюдение в областной центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Челябинска в 2014 г.

Материалы исследования: диспансерные карты больных ВИЧ-инфекцией (311), поступивших под наблюдение в областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями за 2014 г.

Результаты исследования. Доля мужчин среди выявленных и поступивших на диспансерное наблюдение в 2014 г. (140 человек) составила 45%, что в 1,8 раза ниже показателя начального периода эпидемии (2001 г. – 81%). Соотношение мужчины /женщины составило 1: 1,2 (в 2001 г. - 4,6:1).

Доля мужчин в возрасте до 28 лет (26 человек) составила 18,6% от всего количества мужчин и 8,3% от общего числа выявленных за год больных. В 2001 г. эти показатели были 72,1% и 66,4% соответственно (снижение в 3,9 и 8.0 раз).

Наркотический путь передачи отмечен у 64,5 % молодых мужчин, что в 1, 3 раза ниже соответствующего показателя 2001 г. (83.9%).

Социальный статус: Образование: среднее – 34,6; среднее специальное – 61,5%; высшее – 3,9%. Не работают -38,5%. Семейный статус: холост – 80,8%. ВИЧ-статус полового партнера: ВИЧ+ - 15,4%; ВИЧ – 19,2%, неизвестен - 65,4%.

Иммунологический статус на момент выявления ВИЧ-инфекции (количество $CD4^+$ лимфоцитов в 1 мкл крови): более 350 (отсутствие иммунодефицита или субкомпенсированный иммунодефицит) - 53,8%; 350 – 200 (выраженный иммунодефицит) - 11,6%; менее 200 (декомпенсированный иммунодефицит) - 34,6%.

Распределение по стадиям заболевания: III - 30,8%; IV А- 42,3%; IV Б-19,1%; IV В-СПИД- 7,8%.

Сопутствующий хронический гепатит В или С имели 76,9% пациентов.

Среднее количество $CD4^+$ составило -391.58 ± 69.31/мкл. Вирусная нагрузка при выявлении превышала 100 тыс. копий /мл у 2/3 мужчин (высокая).

Частота ВИЧ-ассоциированных инфекций (%): кандидоз полости рта - 61,5;туберкулез – 30,8; H.zoster - 7,7; пневмоцистоз - 3,9; ВПГ-3,9.Противовирусная терапия сразу была предложена 88,5% мужчин.

Выводы. В Челябинской области наблюдается феминизация эпидемии ВИЧ-инфекции.

Доля молодых мужчин до 28 лет среди вновь инфицированных снижается. Основным путем их инфицирования остается употребление инъекционных ПАВ.

До ¾ ВИЧ-позитивных лиц данной группы регистрируются в клинически манифестных поздних стадиях заболевания, что свидетельствует о давности инфицирования, недостаточной эффективности информационных профилактических программ в регионе, недостаточном внимании молодежи области к состоянию своего здоровья.

Рухтина О.Л.[1], Буланьков Ю.И.[2]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С РАЗНЫМИ ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ.

[1] *Челябинск, Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями*

[2] *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова*

Цель: оценить эффективность стартовой высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у молодых мужчин с ВИЧ-инфекцией на примере Челябинской области в зависимости от пути инфицирования (паретеральный, половой).

Материалы исследования: диспансерные карты молодых мужчин (рандомизация по полу, возрасту 18-28 лет, (М=23,4 г.) и диагнозу ВИЧ-инфекция) больных ВИЧ-инфекцией (38 человек), поступивших под наблюдение в областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и начавших ВААРТ в 2014-2015 гг.

Все пациенты перед началом ВААРТ пошли комплексное обследование с определением уровня $CD4^+$-лимфоцитов, вирусной нагрузки (ВН-количество копий вирусной РНК в 1 мл плазмы крови), физикальное и лабораторное обследование на наличие сопутствующей патологии. Парентерально инфицировались 25 человек (65,8%), половым путем – 13 (34,2%). Сопутствующую активную инфекционную патологию имели 100% больных. В схемах терапии использовались 10 противовирусных препаратов из 5 фармакологических групп. Препараты стартовой терапии первой линии назначались 14 больным, остальные получали альтернативные схемы ВААРТ. Эффективность ВААРТ оценивали через 4 и 12 недель после ее начала. Статистическую обработку результатов проводили с использованием ППП StatisticaforWindows, версия 6,0.

Результаты. Терапия при первичном обследовании назначена 38 пациентам (73,1%), что свидетельствует о позднем выявлении заболевания. По стадиям болезни пациенты распределились: 4А -2 (5,3%); 4Б-7 (18,4%); 4В-29 (76,3%) человек.

Альтернативные схемы терапии и ингибиторы протеазы назначены 63,2% пациентов, что обусловлено наличием сопутствующей патологии.

Начальный средний уровень $CD4^+$ составил391.58 ± 69.31 (потребители ПАВ -362.37 ± 79,22; половое инфицирование – 413,51±47,17 (P>0,05). Средняя ВН до лечения - 109457.42 ± 33 503,87 (потребители ПАВ -136721.34 ± 44628.53, половое инфицирование - 101641.92 ± 24724.11 (p>0,05).

Через 4 недели ВААРТ средний прирост $CD4^+$ составил 24,3% (95,7 ± 1,6, (различие со стартовым недостоверно (p>0,05); потребители ПАВ – 76,3±6,9, половое инфицирование – 136,4±3,2 (различие с ПАВ достоверно - p<0,05).

Количество больных с неопределяемой ВН – 8 (18%) (ПАВ - 3 (12,0%), половое инфицирование -5 (38,5%).

Через 12 недель средний приростCD4$^+$ составил 28,6% (112,6 ± 2,7, (различие со стартовым достоверно (p<0,05); потребители ПАВ – 92,3±4,8, половое инфицирование – 145,4±5,1 (различие с ПАВ достоверно -p<0,05).

Количество больных с неопределяемой ВН – 19 (50%) (ПАВ – 9 (36,1%), половое инфицирование -10 (76,9 %) (различие с ПАВ достоверно - p<0,05).

Выводы. Установлено достоверное снижение эффективности ВААРТ в группе пациентов с парентеральным механизмом инфицирования.

Причинами этого могут являться: более выраженный иммунодефицит при начале ВААРТ, менее выраженная приверженность терапии; больший процент микст-заболеваний (ВИЧ-инфекция + вирусный гепатит С или В).

Рыжман Н.Н., Реутский И.А., Лемещенко А.В., Дмитриев А.В.

ДИНАМИКА СТРОИТЕЛЬСТВА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Во исполнение Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года и в соответствии с Планом деятельности Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, с

целью создания оптимальных условий для реализации образовательной, научно-исследовательской, лечебно-диагностической деятельности, развития новых направлений медицинских услуг, создание комфортных условий пребывания, а также решение проблем, связанных с территориальной разобщенностью учебных и клинических баз Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, принято решение о строительстве Многопрофильной клиники (далее – МПК) на территории 60 военного городка по адресу: СПб, ул. Комиссара Смирнова. Во исполнение требований Министра обороны Российской Федерации, отданных в ходе селекторного совещания 1 ноября 2014 года с руководящим составом Минобороны России о предоставлении объективных данных по строительству (реконструкции) военной инфраструктуры и объектов социального назначения, распоряжения начальника Главного военно-медицинского управления Минобороны России, 04 февраля 2015 года создан штаб строительства объектов Военно-медицинской академии по взаимодействию со штабом строительства Национального центра управления обороной Российской Федерации. На штаб строительства Военно-медицинской академии возложено создание концепции по развитию и модернизации фондов Военно-медицинской академии, разработка плана перемещения подразделений академии на период производства строительных работ в зданиях, рассмотрение, согласование конструктивных, технологических и объемно-планировочных решений на объектах строительства по направлению деятельности, рассмотрение, согласование графиков выполнения работ на объектах, постановку задач рабочей группе и контроль их выполнения.

В феврале 2015 года Министерство Обороны РФ заключило Государственный контракт № ДС-60/МПК с АО «ГУОВ» на инженерные изыскания, разработку проектной и рабочей документации, инженерную подготовку территории строительства, демонтаж существующих зданий и сооружений под строительство Многопрофильной клиники на сумму 335 287 868,00 рублей. Проект выполнен с учетом исторической застройки в центре города Санкт-Петербурга.Проектируемая многопрофильная клиника представляет собой единый комплекс из 6 восьмиэтажных корпусов с техническим этажом и подвалом (корпуса 1-6) и одного отдельно стоящего - шестиэтажного корпуса (корпус 7) с техническим этажом и подвалом. Объект имеет конфигурацию центрального круглого объема с отходящими от него четырьмя крыльями такой же этажности. Основной фасад клиники обращен на улицу Доктора Короткова. Крылья образуют три внутренних двора с организацией проездов для пожарной техники. Разработанная концепция позволяет разместить на выделенном участке несколько корпусов, связанных между собой переходами в единый комплекс. Общая площадь комплекса позволит разместить все требуемые подразделения в соответствии с утвержденным медико-техническим заданием, а также организовать необходимые технологические связи и удобные взаимодействия между ними. Комплекс зданий располагается таким образом, что формирует центральное коммуникационное ядро, из которого возможно осуществить переходы в специализированные подразделения объекта. Отдельно стоящее здание корпуса №7 выделено для размещения подразделений научно-исследовательской лаборатории и учебных кафедр, в процессе обучения на которых используется уникальное оборудование (термобарокамера, авиационные тренажеры, барокамеры).Площадь земельного участка составила 3,4 гектар, а общая площадь здания 147 тыс.м².Строительный объем первого этапа по корпусам №1-6 и №7 составляет 494 658,97 м³, второй этап по 7 корпусу составляет 8 002,52 м².

С мая 2015 года начаты строительно-монтажные работы по выборке грунта и устройству шпунтового ограждения. В июне и августе 2015 года заключены еще два Государственных контракта ДС-60/МПК-СМР и № 60-МПК на суммы 6 028 787 484,00 рублей и 7 999 500 000,00 рублей на производство строительно-монтажных работ и поставку оборудования в корпус №7.

По состоянию на 18 марта 2016 года выполнено бетонирование фундаментной плиты, стен, колон и перекрытий всего комплекса на 99,1%. Установка лесов на фасады зданий по всем корпусам выполнена на 56%, выполнено утепление фасада всех корпусов на 17%,

Монтаж окон по всем корпусам выполнен на 75%, устройство кровли выполнено на 26,1%, кладка наружных стен из газобетона выполнена на 95%, кладка наружных и внутренних стен из кирпича по всем корпусам выполнена на 79%, кладка внутренних стен из ПК 160 выполнена на 53%. Работы по временным дорогам выполнены в полном объеме - уложено 635 дорожных плит 2П30-18.

В настоящее время завершены монолитные работы по 7 корпусу, устроена кровля, закрыт тепловой контур, установлены приборы отопления по всем этажам, произведен запуск отопления, смонтированы воздуховоды в полном объеме до 3 этажа, ведутся работы по черновой отделке внутренних помещений и лестниц здания, а также прокладке инженерных систем, ведется монтаж лифтового оборудования. Состояние готовности позволяет провести монтаж крупногабаритного оборудования – климатической барокамеры («Табай»), тренажеров, компрессоров и т.д.

На объекте строительства МПК задействовано 10 единиц строительной техники, в том числе 4 башенных крана. Количество человек на объекте в день: 509 человека рабочих и 47 человек инженеров. Всего: 556 человек.

Рабочей группой штаба строительства Военно-медицинской академии, на которую возложен ежедневный мониторинг объектов строительства, сбор информации о ходе ведения строительно-монтажных работ и еженедельный доклад в штаб строительства Национального центра управления Российской Федерации, с ноября 2015 года по 23 марта 2016 года, в рамках выполнения проектно-изыскательских работ ООО «Оборонмедстрой» направлено на согласование специалистам академии спецификации с расстановкой технологического оборудования и мебели («покомнатные» книги) по подразделениям МПК, из которых, в настоящее время утверждены:

- Центр крови и тканей;
- Центр медицинской реабилитации;
- Центр клинической лабораторной диагностики;
- Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на 63 койки;
- Центр органного донорства;
- Центральная паталогоанатомическая лаборатория (патоморфологический отдел);
- консультативно-диагностический центр;
- приемно-диагностическое отделение;
- стоматологическая поликлиника;
- отделение лучевой диагностики;
- отделение радионуклеидной диагностики и лучевой терапии;
- отделение диализа;
- отделение гипербарической оксигенации;
- отделение урологии на 44 койки;
- палатное отделение травматологии №1 на 33 койки;
- палатное отделение травматологии №2 на 47 коек;
- палатное отделение гнойной хирурги на 44 койки;
- палатное отделение нейрохирургии №1 на 33 койки;
- палатное отделение нейрохирургии №2 на 47 коек;
- палатное отделение общей хирургии на 44 койки;
- палатное отделение военно-полевой хирургии №1 на 31 койку;
- палатное отделение военно-полевой хирургии №2 на 31 койку;
- палатное отделение факультетской хирургии на 62 койки;
- отделение офтальмологии на 57 коек (в т.ч. диагностическое);
- объединенный операционный блок, в составе которого 22 операционных на 23 стола, из них: 4 общехирургических операционных, 1 общехирургическая (гнойная), 1 общехирургическая (сосудистая), 2 травматологических, 1 травматологическая (артроскопическая), 1 травматологическая (для эндопротезирования), 1 травматологическая (микрохирургическая), 1 травматологическая (вертебрологическая), 3 нейрохирургических, 2 рентгеноперационных нейрохирургических, 1 офтальмологическая, 1 рентгеноперационная урологическая, 1 урологическая для дистанционной литотрипсии, 1 урологическая (ТУР-операционная), 1 операционная (комплекс Да Винчи);
- центральное стерилизационное отделение;

- отделение утилизации медицинских отходов;
- отделение дезинфекции и камерной обработки;
- отдел обитаемости;
- отдел авиационной и космической медицины;
- отделение лечебного питания;
- управление;
- военторг;
- служебно-бытовые помещения;
- общебольничная зона.

По замечаниям специалистов академии, сотрудники по проектированию ООО «Оборонмедстрой» работают со следующими спецификациями технологического оборудования и мебели («покомнатные» книги): Центр функциональной диагностики, Центр эндоскопии.

Закупка медицинского, научного, иного оборудования и мебели для оснащения 7 корпуса ведется по трем направлениям: медицинское оборудование и медицинская мебель, оргтехника, средства информатизации, мебель и предметы для обустройства помещений. Механизм закупки осуществляется через управление МТО АО «ГУОВ». Проведение закупочной процедуры осуществляется путем проведения конкурса на портале OBORONTORG.Готово к отгрузке оборудование 7 корпуса на общую сумму 1,15 млрд. рублей.

Главными специалистами академии изучены материалы методического пособия по выбору отделочных материалов, из которых выбраны оптимальные материалы, соответствующих предстоящим условиям эксплуатации, их ремонтопригодности и эстетических свойств, при условии строго соблюдения санитарно-гигиенических т противопожарных требований действующего законодательства. В качестве материалов выбора для исполнения полов в помещениях, предназначенных для непосредственного оказания медицинской помощи определено каучуковое покрытие токопроводящее NORA, палат, коридоров, а также вспомогательных подразделений – однородный или гомогенный антистатический линолеум ПВХ (Gerflor, Armstrong, Tarkett) или наливной пол, для помещений с «влажным режимом работы» - керамогранит. Для исполнения стен – HPL панели, в палатах, палатных секциях коридорах – обои «Стеклохолст» гладкие, под окраску специальными, устойчивыми к влажной уборке красками а часть помещений – керамической плиткой. Выполнение потолков в большей части помещений определен в виде гигиенических герметичных подвесных потолков (оцинковая сталь с порошковым напылением) со встроенным LED освещением, в палатах и палатных секциях – акустические панели типа Armstrong со встроенными светильниками, в помещениях с влажным режимом работы – реечный металлический потолок.

Главными специалистами академии разработаны: Техническое задание на проектирование (создание) сети медицинского мониторирования и безопасности в объединенном операционном блоке, Техническое задание на проведение работ по созданию специализированной медицинской слаботочной системы (структурированной кабельной системы) Центра функциональной диагностики, Техническое задание на проектирование системы пневматической почты. В настоящее время разрабатываются технические требования для реализации слаботочным систем центрального стерилизационного отделения и Центра клинической лабораторной диагностики.

Еженедельнопод руководством заместителя Министра обороны, начальника Главного военно-медицинского управления и начальника академии проходит рабочее совещание по строительству МПК для оперативного принятия решений по проблемным вопросам возникающих в ходе реализации проекта. Проводятся совещания под руководством заместителя начальника академии по клинической работе и начальника клинического отдела, наряду с межкафедральными заседаниями, на одном из которых уточнены характеристики, количество и размещение портативного, передвижного и мобильного оборудования для лучевой диагностики многопрофильной клиники.

Планируемый срок ввода в эксплуатацию 7 корпуса Многопрофильной клиники – октябрь 2016 года, корпусов 1-6 – 2017 год.

После ввода в эксплуатацию, в МПК ежедневно будет обслуживаться не менее 2000 амбулаторных пациентов на базе консультационно-диагностического центра, стоматологической поликлиники и офтальмологического диагностического подразделения. Мощность МПК позволит оказать стационарную медицинскую помощь около 20 000 пациентов в год. В объединенном операционном блоке количество операций в сутки может составить порядка 100 шт.

Строительство МПК имеет важное социальное значение для обеспечения гарантированных законодательством Российской Федерации прав военнослужащих МО РФ в области получения высокотехнологичной и квалифицированной медицинской помощи, а также позволит существенно улучшить качество медицинской помощи населения г. Санкт-Петербург за счет реализации многопрофильного подхода в оказании медицинской помощи, концентрации в одном учреждении специалистов разных направлений, консультаций ведущих врачей МО РФ непосредственно в МПК с использованием технологий телемедицины и использования передовых систем диагностики (применение ПЭТ/КТ, МРТ и др.).

Сажин Т.Г., Колосовская Е.Н., Кокарева Е.В., Харакозов А.С.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ИОХВ) В КЛИНИКЕ

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Клиника офтальмологии, отдел санитарно-эпидемиологического надзора за госпитальной инфекцией

Актуальность. Послеоперационные инфекционные осложнения в офтальмологии, в том числе эндофтальмит, являются крайне опасными осложнениями глазной хирургии. По данным различных авторов, частота встречаемости послеоперационных воспалительных осложнений, таких как положительный феномен Тиндаля, иридоциклит, преципитаты на поверхности роговицы или интраокулярной линзы (ИОЛ), эндофтальмит достигает 21,5% от общего числа оперировавшихся больных. (Фабрикантов О.С. и соавт., 2000; Хафизова Г.Ф., 2008.). По данным литературы известно, что факторами риска являются: инфицирование ирригационного раствора и ИОЛ, замедленное заживление операционной раны, возраст старше 85 лет, наличие сопутствующих заболеваний глаза и системных заболеваний, сопровождающимися снижением иммунитета, очаги параокулярной инфекции, контаминированный хирургический инструментарий и среда операционной (Астахов С.Ю., 2008; Сметанкин И.Г. и соавт., 2010; Барри П., 2013; ShorsteinN.H. и соавт., 2013). Для офтальмологического стационара рекомендации по организации эпидемиологического наблюдения не разработаны.

Цель исследования. Оценить влияние факторов риска на частоту возникновения ИОХВ после факоэмульсификации катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ФЭК с ИОЛ). В ходе исследования решены следующие задачи: сформировано стандартное определение случая ИОХВ после ФЭК с ИОЛ, установлена частота возникновения ИОХВ после ФЭК с ИОЛ в случайной выборке больных, рассмотрен эффект влияния отдельных факторов риска возникновения ИОХВ с использованием технологии эпидемиологического наблюдения на основе стратификационного анализа эпидемиологических рисков.

Материалы и методы. В исследование были включены 393 пациента с диагнозом «начальная или незрелая возрастная катаракта», которым выполнялась ФЭК с ИОЛ по стандартной методике. Операции выполняли 9 хирургов на двух операционных столах в

плановом порядке при соблюдении общей очереди. В состав группы входили 195 женщин и 198 мужчин, средний возраст составлял 72,84 ± 8,7 лет, 85% из них имели сопутствующие хронические заболевания: ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, сахарный диабет. В данной группе больных проведено проспективное эпидемиологическое наблюдение, заключающееся в оценке признаков ИОХВ на основе стандартного определения случая. Сформулировано стандартное определение случая ИОХВ после выполнения ФЭК с ИОЛ, оно представляет собой появление на следующий за операцией день признаков воспаления, таких как опалесценция (феномен Тиндаля от + до ++++) и (или) наличие нитей фибрина во влаге передней камеры. Всем больным для выявления признаков в соответствии со стандартным определением случая выполнялся осмотр на следующий за операцией день, включающий в себя рефрактометрию и определение остроты зрения, биомикроскопию, осмотр глазного дна с помощью щелевой лампы и асферической линзы.

Статистическая обработка выполнялась с помощью расчета относительного риска RR (relativelyrisk). Расчет выполнялся для каждого отдельного фактора на основании анализа данных о наличии признаков ИОХВ с использованием программы Epi-info. Значения этого показателя менее 1,0 свидетельствуют об отсутствии значимости фактора в развитии ИОХВ, более 1,0 – об обратном.

Результаты: Признаки ИОХВ были выявлены у 21 пациента, таким образом, показатель инцидентности возникновения ИОХВ составляет 5,343 на 100 операций. Наиболее важным представляется поиск связи между возникновением ИОХВ и потенциальным действием факторов риска.

В нашем исследовании мы оценили следующие факторы: опыт хирурга, очередь на операционном столе, наличие у пациента сахарного диабета, пребывание в режиме дневного стационара, пол. Анализ данных показал, что связь частоты развития ИОХВ с квалификацией хирурга выражалась в том, что признаки послеоперационного инфекционного процесса чаще выявлялись у хирургов со стажем более 5 лет(RR=3,74). Стаж менее 5 лет не влияет на частоту развития ИОХВ (RR=0,27). По нашему мнению, это связано с тем, что более квалифицированному хирургу приходится выполнять операционные вмешательства у пациентов с различными особенностями и отклонениями от стандартных параметров (глубоко посаженные глаза, узкая глазная щель, осложненная катаракта и др.).

Также установлено, что при выполнении операции в 5-ю и последующие очереди риск развития ИОХВ возрастает в 1,35 раза. Пребывание пациента в режиме дневного стационара (RR=0,731 в диапазоне 0,311-1,719) и наличие в анамнезе сахарного диабета (RR=0,396 в диапазоне 0,055-2,883) не влияет на исходы оперативного лечения.

Обнаружены различия между частотой развития ИОХВ среди мужчин (RR=0,895 в диапазоне 0,389-2,059) и женщин (RR=1,117 в диапазоне 0,485-2,57), причины которого требуют дополнительного изучения.

Выводы: организация эпидемиологического наблюдения за исходами ФЭК с ИОЛ в условиях клиники офтальмологии продемонстрировала доступность данной технологии и ее эффективность для своевременного и качественного выявления случаев послеоперационных инфекционных осложнений. С ее помощью возможно установить факторы риска, снижение которых приведет к снижению частоты ИОХВ в послеоперационном периоде. Например, оперировать в первую очередь пациентов, имеющих повышенный риск развития ИОХВ ввиду различных особенностей.

Сажин Т.Г., Колосовская Е.Н., Харакозов А.С., Ломакин Д.Н.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ИОХВ) В КЛИНИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академии им. С.М. Кирова Клиника офтальмологии, отдел санитарно-эпидемиологического надзора за госпитальной инфекцией

Актуальность. Послеоперационные инфекционные осложнения в офтальмологии, в том числе эндофтальмит, являются крайне опасными осложнениями глазной хирургии. По данным различных авторов (Архипова J1.T. и соавт. - 1999; Фабрикантов О.С. соавт. - 2000; Хафизова Г.Ф. - 2008.) частота встречаемости послеоперационных воспалительных осложнений, таких как положительный феномен Тиндаля, иридоциклит, преципитаты на поверхности роговицы или интраокулярной линзы (ИОЛ), эндофтальмит достигает 21,5% от общего числа оперировавшихся больных. Для офтальмологического стационара рекомендации по организации эпидемиологического наблюдения не разработаны.

Цель исследования. Оценить влияние факторов риска на частоту возникновения ИОХВ после факоэмульсификации катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ФЭК с ИОЛ). В ходе исследования решены следующие задачи: сформировано стандартное определение случая ИОХВ после ФЭК с ИОЛ, установлена частота возникновения ИОХВ после ФЭК с ИОЛ в случайной выборке больных, рассмотрен эффект влияния отдельных факторов риска возникновения ИОХВ с использованием технологии эпидемиологического наблюдения на основе стратификационного анализа эпидемиологических рисков.

Материалы и методы. В исследование были включены 393 пациента с диагнозом «начальная или незрелая возрастная катаракта», которым выполнялась ФЭК с ИОЛ по стандартной методике. Операции выполняли 9 хирургов на двух операционных столах в плановом порядке при соблюдении общей очереди. В состав группы входили 195 женщин и 198 мужчин, средний возраст составлял 72,84 ± 8,7 лет, 85% из них имели сопутствующие хронические заболевания: ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, сахарный диабет. В данной группе больных проведено проспективное эпидемиологическое наблюдение, заключающееся в оценке признаков ИОХВ на основе стандартного определения случая. Сформулировано стандартное определение случая ИОХВ после выполнения ФЭК с ИОЛ, оно представляет собой появление на следующий за операцией день признаков воспаления, таких как опалесценция (феномен Тиндаля от + до ++++) и (или) наличие нитей фибрина во влаге передней камеры. Всем больным для выявления признаков в соответствии со стандартным определением случая выполнялся осмотр на следующий за операцией день, включающий в себя рефрактометрию и определение остроты зрения, биомикроскопии осмотр глазного дна с помощью щелевой лампы и асферической линзы.

Статистическая обработка выполнялась с помощью расчета относительного риска RR (relatively risk). Расчет выполнялся для каждого отдельного фактора на основании анализа данных о наличии признаков ИОХВ с использованием программы Epi-info. Значения этого показателя менее 1,0 свидетельствуют об отсутствии значимости фактора в развитии ИОХВ, более 1,0 - об обратном.

Результаты: Признаки ИОХВ были выявлены у 21 пациента, таким образом, показатель инцидентности возникновения ИОХВ составляет 5,343 на 100 операций. Наиболее важным представляется поиск связи между возникновением ИОХВ и потенциальным действием факторов риска.

В нашем исследовании мы оценили следующие факторы: опыт хирурга, очередь на операционном столе, наличие у пациента сахарного диабета, пребывание в режиме дневного стационара, пол. Анализ данных показал, что связь частоты развития ИОХВ с квалификацией хирурга выражалась в том, что признаки послеоперационного инфекционного процесса чаще выявлялись у хирургов со стажем более 5 лет (RR=3,74). Стаж менее 5 лет не влияет на частоту развития ИОХВ (RR=0,27). По нашему мнению, это

связано с тем, что более квалифицированному хирургу приходится выполнять операционные вмешательства у пациентов с различными особенностями и отклонениями от стандартных параметров (глубоко посаженные глаза, узкая глазная щель, осложненная катаракта и др.).

Также установлено, что при выполнении операции в 5 и более очередь риск развития ИОХВ возрастает в 1,35 раза. Пребывание пациента в режиме дневного стационара (RR=0,731 в диапазоне 0,311-1,719) и наличие в анамнезе сахарного диабета (RR=0,396 в диапазоне 0,055-2,883) не влияет на исходы оперативного лечения.

Обнаружены различия между частотой развития ИОХВ среди мужчин (RR=0,895 в диапазоне 0,389-2,059) и женщин (RR=1,117 в диапазоне 0,485-2,57), причины которого требуют дополнительного изучения.

Выводы: организация эпидемиологического наблюдения за исходами ФЭК с ИОЛ в условиях клиники офтальмологии продемонстрировала доступность данной технологии и ее эффективность для своевременного и качественного выявления случаев послеоперационных инфекционных осложнений. С ее помощью можно установить факторы риска, снижение которых приведет к снижению частоты ИОХВ в послеоперационном периоде.

Практические рекомендации: выполнять операции в первую очередь у пациентов, имеющих повышенный риск развития ИОХВ.

Салманов И.Б.

АНАЛИЗ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПУЛЬПЫ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В структуре стоматологической заболеваемости, в том числе военнослужащих, пульпиты и периодонтиты зубов по-прежнему стойко занимают, соответственно, второе и третье место после кариеса зубов. Потребность в лечении зубов на одного больного по поводу неосложненного кариеса составляет 3,7±0,7 зуба, осложненных форм кариеса 1,8±0,2 зуба (пульпит – 1,1±0,25; периодонтит – 0,7±0,2), а в удалении 1,2±0,2 зуба (А.К. Иорданишвили, 2015).

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности эндодонтического лечения заболеваний периодонта зубов в военно-медицинских организациях МО РФ.

Материал и методы исследования. Проведена оценка отдаленных результатов лечения пульпита у 104 военнослужащих,которым было выполнено эндодонтическое лечение зубов по поводу различных форм периодонтита в военно-медицинских организациях (ВМО) МО РФ. Среди пациентов, страдающих периодонтитом, было 18 человек (14 мужчин и 4 женщины), которые по своему возрасту относились к людям молодого возраста, а 86 человек (71 мужчина и 15 женщин) – группе людей среднего возраста. У лиц молодого возраста эндодонтическое лечение при периодонтите выполнено на 2 однокорневых, 4 двух корневых и 12 трех корневых зубах. У лиц среднего возраста эндодонтическое лечение при данной форме осложненного кариеса зубов выполнено на 13 однокорневых, 22 двух корневых зубах, а также 51 трех корневых зубах. Оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита в отдаленные сроки наблюдения за пациентами осуществлялась с использованиемклинико-рентгенологических методовследующимобразом. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков патологии периодонта лечение считалось эффективным (группа А-2). Лечение также считалось эффективным, если при отсутствии клинических признаков периодонтита по данным рентгенологического исследования отмечали репаративные процессы костной ткани в периапикальной области, а именно уменьшение очага рентгенологического «просветления» (группа Б-2). Лечение периодонтита в отдаленные сроки считали неэффективным если у пациента существовавший очаг рентгенологического «просветления» не имел признаков репарации костной ткани даже при

отсутствии клинических проявлений воспалительного процесса в периодонте зубов, а также при наличие клинических симптомов периодонтита при отсутствии типичной рентгенологической картины рассматриваемого заболевания (группа В-2). Результаты исследования. Установлено, что спустя год эффективность эндодонтического лечения у военнослужащих периодонтита однокорневых, двух и трёх корневых зубов составила, соответственно, 69,23%, 75,0% и 65,57% случаев. Спустя 2 года эффективность эндодонтического лечения у военнослужащих периодонтита однокорневых, двух и трёх корневых зубов составила, соответственно, 66,67%, 72,72% и 68,42% случаев. Неэффективность эндодонтического лечения осложнённых форм кариеса зубов врачи стоматологи-терапевты ВМО МО РФ связывают с перебоями в снабжении ВМО инструментами и стоматологическими материалами, предназначенными для эндодонтического лечения зубов. Учитывая большую долю неудовлетворительных результатов лечения периодонтита в ВМО целесообразно в рамках внутриведомственного контроля качества медицинской помощи увеличить количество законченных случаев эндодонтического лечения периодонтита, а при большом количестве дефектов лечения, направлять врачей стоматологов-терапевтов на усовершенствование или мастер-классы по эндодонтии.

Салманов И.Б.

О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Внутриведомственный контроль качества медицинской помощи является неотъемлемой составляющей работы медицинских организаций любой формы собственности, так как имеет большое значение в повышении эффективности и качества оказываемой медицинской помощи (А.К. Иорданишвили и соавт., 2010).

С целью изучения роли внутриведомственного контроля качества медицинской помощи в повышении эффективности лечения заболеваний пульпы и периодонта зубов в ВМО МО РФ (учреждение № 1) было проведено в сравнительном аспекте, то есть одновременно в ведомственной поликлинике МВД (учреждение 2), а также двух отделениях терапевтической стоматологии (бюджетном и хозрасчётном) государственной городской стоматологической поликлиники мегаполиса (соответственно, учреждение № 3, отделения № 1 и 2).

Проведенное исследование показало, что во всех обследованных медицинских организациях система контроля качества медицинской помощи была, в целом, налажена. Работа системы управления качеством медицинской помощи в организации (поликлинике), не зависимо от формы её собственности, осуществляется на трёх уровнях: первый - осуществляется врачом-стоматологом, экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится в порядке самоконтроля; второй - осуществляет заведующий клиническим подразделением поликлиники (заведующий отделением). Экспертиза качества лечения стоматологических больных в отделении, проводимая заведующим отделением, и экспертиза уровня качества лечения в отделениях поликлиники, осуществляется заместителем главного врача по медицинской части; третий – комиссия по обеспечению качества медицинской помощи организации (поликлиники). Исследование также показало, что экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводилась во всех случаях по законченным случаям эндодонтического лечения (менее 10% случаев эндодонтического лечения в учреждении за период исследования), как правило, по первичным медицинским документам (АКСБ и рентгеновские снимки). При экспертизе качества эндодонтического лечения не используются контрольные осмотры пациентов с целью выявления дефектов оказания стоматологической помощи и эффективности лечения осложненных форм кариеса. Протоколы, по результатам

работы комиссий по контролю качества медицинской помощи, констатируют выявленные дефекты эндодонтического лечения зубов, не содержат рекомендаций по улучшению лечебно-диагностического процесса и совершенствованию ведения первичной медицинской документации, что снижает роль внутриведомственного контроля качества медицинской помощи в повышении эффективности лечения заболеваний пульпы и периодонта зубов.

Самойлова С.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАРИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМОЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Военно-медицинская академия, являясь одним из крупнейших многопрофильных лечебных учреждений на территории Санкт-Петербурга, вносит весомый вклад в оказание экстренной и неотложной медицинской помощи жителям города в рамках обязательного медицинского страхования. Учитывая, что врачи академии обладают уникальным опытом по оказанию специализированной медицинской помощи в военно-полевых условиях пострадавшим с боевой травмой, одним из приоритетных направлений участия в реализации программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи является прием пациентов с травмой различной этиологии и локализации, в том числе с сочетанной.

Для граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, травма является страховым случаем, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение, в соответствии с законодательством, регулирующим отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием. Страховое обеспечение является двусторонним исполнением обязательств: медицинская организация обязана предоставить необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу, а страховая медицинская организация обязана ее оплатить медицинской организации.

Вместе с тем, медицинская помощь должна быть организована в соответствии с порядками и на основании стандартов медицинской помощи. Соответствовать в полной мере стандарту должен и тариф за пролеченного больного.

Особенностью оплаты медицинской помощи в Санкт-Петербурге является применение смешенной системы – применение основного тарифа за законченный случай лечения, включенный в клинико-статистическую группу заболеваний, совместно с дополнительным тарифом за отдельную медицинскую услугу (на оперативные вмешательства, реанимационные, анестезиологические пособия, и отдельно оплачиваемые медицинские услуги, оказанные в рамках случая госпитализации). При этом Генеральным тарифным соглашением определено, что оперативное пособие любой сложности является *простой* и *неделимой* медицинской услугой, в которой учитываются трудозатраты врачебного и сестринского персонала, непосредственно принимающего участие в операции, а также стоимость используемых расходных материалов.

Такая тарификация медицинской помощи явилась причиной разногласий между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и лечебными учреждениями г. Санкт-Петербурга на возможность выполнения при травмах различной локализации операций металлоостеосинтеза с использованием металлоконструкций, приобретенных за счет пациента.

По мнению Территориального фонда – недопустимо выполнение оперативного вмешательства за счет средств обязательного медицинского страхования, если пациентом приобретено изделие медицинского назначения за свой счет. В таких случаях и операция должна быть оплачена за счет пациента. В пользу принятого решения руководством

Территориального фонда приводятся следующие доводы, которые не имеют под собой нормативно-правовой основы, а именно:

1. Медицинскими организациями нарушаются *условия* обеспечения процесса оказания медицинской помощи изделиями медицинского назначения. В качестве *условий* установлено, что «…при оказании в рамках Территориальной программы медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и *медицинскими изделиями,* которые предусмотрены стандартами медицинской помощи».

2. В случае закупки гражданином за личный счет изделий медицинского назначения, отношения между медицинской организацией и пациентом должны регулироваться Постановлением Правительства от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», т.к. медицинская помощь оказывается на *иных условиях*, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами.

Однако, в опровержение обоих суждений, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определены требования к Территориальной программе, в соответствии с которыми последняя должна включать *порядок обеспечения* граждан лекарственными препаратами, *медицинскими изделиями*, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям. Следовательно, медицинские учреждения нарушают не *условия* обеспечения процесса оказания медицинской помощи изделиями медицинского назначения, а *порядок* их предоставления, что не является основанием, дающим право оказывать платные медицинские услуги.

3. Предметом договора платных медицинских услуг, касающегося лечения с использованием конкретизированных медицинских изделий, может быть лишь *сложная* или *комплексная медицинская услуга,* ав рамках договорного регулирования правоотношений по поводу такой услуги стороны вправе определить и потребительские характеристики, входящих в нее отдельных медицинских вмешательств, в том числе, спецификацию используемых лекарственных препаратов, медицинских изделий, их производителей и т.п.

Но, согласно номенклатуре медицинских услуг оперативное лечение, несмотря на его сложность, относится к классу «А» - простые медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Это ни в коей мере не противоречит определению оперативного пособия, данному в Приложении 1 Генерального тарифного соглашения. В тоже время, изделия медицинского назначения являются одним из структурных компонентом *стандарта медицинской помощи,* а не отдельно взятой простой или комплексной медицинской услуги, в т.ч. и оперативное лечение, которые также являются самостоятельными составляющими *стандарта*, что не позволяет рассматривать расходы на медицинские изделия и оперативное вмешательство как неразрывное единое целое. Дополнительным подтверждением является статья 166 из Приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 06.08.2015) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования": «*Тариф за пролеченного больного* рассчитывается исходя из *затрат на оказание медицинских услуг* с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; *затрат на лекарственные препараты* с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; *стоимости* применяемых в процессе лечения *изделий медицинского назначения*; перечня *препаратов крови* с указанием количества, частоты

предоставления и стоимости; перечня *диетического* (лечебного и профилактического) *питания* с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости».

Проведенный правовой анализ позволил предметно оценить несостоятельность доводов и необоснованность решения Территориального фонда на отказ оплаты оперативного лечения за счет средств обязательного медицинского страхования, гражданину, получившему травму, в случае, если он закупит медицинские изделия за свой счет. Более того, своими решениями пытается подтолкнуть лечебные учреждения на невыполнение своих обязанностей и несоблюдение законодательно установленных прав пациента, а именно на получение им *гарантированной бесплатной медицинской помощи,* которая в первую очередь является комплексом мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление его здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Компромиссным решением по существу вопроса, учитывающим, в первую очередь, права пациента на выбор медицинского изделия, которое используется в процессе оказания медицинской помощи, а также, не нарушающим интересы граждан в получении качественной медицинской помощи, станет создание Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга новых тарифов на операции металлоостеосинтеза как со стоимостью медицинских изделий, так и без стоимости металлоконструкций.

СамойловаС., СеврюковВ.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ ВНЕДРЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОДУЛЯ В МЕДИЦИНСКУЮ АНАЛИТИКО-ИНФОРМАЦИОННУЮ СИСТЕМУ АКАДЕМИИ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Последнее время в здравоохранении все чаще поднимается вопрос о качестве оказания медицинской помощи. Организация контроля качества оказываемой медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности является одним из проблемных вопросов, стоящих перед руководителем любой медицинской организации, особенно остро для администрации крупного многопрофильного лечебного учреждения, такого как Военно-медицинская академия, которая ежегодно оказывает помощь более чем 120 тыс. пациентов в стационарных и в амбулаторных условиях. Одним из путей эффективного решения задачи является создание отдельного программного модуля в медицинской аналитическо-информационной системе учреждения (далее – МАИС).

Основу модуля должны составить:

- справочники стандартов, определяющих объем медицинской помощи по нозологиям (сроки лечения, обязательные лабораторно-инструментальные диагностические мероприятия, консультации врачей-специалистов, лечебные процедуры, лекарственные средства, используемые при лечении и др.) и критериев, отражающих своевременность ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;
- мнение экспертов о качестве медицинской помощи и отклонениях от установленных норм;
- мнение пациентов о качестве обслуживания.

Контроль качества на первом этапе может осуществляться лечащим врачом путем самоконтроля. Работа с электронной медицинской документацией пациента в МАИС, содержащей доступные справочники стандартов и критериев качества медицинской помощи, дает возможность врачу выявить отклонения от установленных законодательством норм в

ходе лечения, принять меры к детальному анализу лечебного процесса и его своевременной корректировке, что становится дополнительным уровнем текущего контроля.

По завершении случая оказания медицинской помощи формируются контрольные показатели соответствия лечения и стандарта по каждому случаю оказания медицинской помощи и интегральной оценки по отделению в целом. Автоматизированная система позволит, начальнику (заведующий) отделением анализировать выход контрольных показателей за рамки допустимого значения в ходе лечебно-диагностического процесса, тем самым выявить отклонения в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принять необходимые меры по их устранению непосредственно в лечебном отделении.

Все случаи отклонений и история их исправлений, запоминается автоматизированной системой и на основе формирующихся в табличной, графической или текстовой форме отчетов проводится выборка сложных случаев для рассмотрения экспертам на втором уровне контроля или на врачебной комиссии.

Работа врачебной комиссии многопрофильного лечебного учреждения разноплановая, в академии она распределяется по видам экспертной работы, которую ведут несколько отдельных подкомиссий, требующих интеграции результатов работы, в том числе и в целях осуществления контроля качества. Эти особенности организации процесса необходимо учитывать при создании программного модуля. Например, ведение в системе учетно-отчетной документации по экспертизе временной нетрудоспособности позволит увеличить объем выявленных отклонений в ходе лечебно-диагностического процесса за счет анализа количества повторно выданных больничных листов, продления сроков нетрудоспособности, причин инвалидизации и т.п.

Важным компонентом в контроле качества медицинской помощи является оценка удовлетворенности пациентом. Получить результаты по этому показателю работы возможно при проведении социологического опроса, при этом необходимо стремиться к полному охвату лиц, получивших медицинскую помощь. Для реализации этой задачи в МАИС «Эрмедис-ВМА» может быть использован существующий «Личный кабинет пациента», в котором возможно создать функционал, позволяющий в автоматизированном режиме проводить анкетирование пациентов о качестве и удовлетворенности медицинским обслуживанием, как в условия амбулатории, так и стационара. Благодаря чему возникает прочный механизм обратной связи пациентас лечащим врачом, с руководящим составом отделения, клиники или академии в целом.

Таким образом, автоматизация мероприятий контроля качества дает возможность создать инструмент, позволяющий медицинскому персоналу оптимизировать процесс получения исходной информации для оценки качества оказании медицинской помощи, обеспечить непрерывный мониторинг хода лечебно-диагностического процесса иинформационное взаимодействие всех уровней контроля, получить объективные результаты экспертизы качества при полном обхвате случаев оказания медицинской помощи в сокращенные временные параметры.

Самсонов В.В., Мкртчан Т.Г., Иорданишвили А.К.

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЛИЦА

г. Москва, 3-й военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского; г. Санкт-Петербург, Городская больница № 17, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Несмотря на большое количество работ, посвященных травме лица, существует определенный пробел знаний по вопросам эффективности лечения взрослых людей, что имеет прикладное значение в решении организационных вопросов и определения лечебной тактики при оказании помощи пострадавшим с травмами лица с учетом возрастных особенностей жевательного аппарата и их соматического статуса.

Целью настоящего клинического исследования являлась оценка эффективности оказания специализированной медицинской помощи взрослым пострадавшим разных возрастных групп при травме лица.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 108 (58 мужчин и 40 женщин) пострадавших в возрасте от 18 до 88 лет с разными видами травм челюстно-лицевой области, которые проходили специализированное лечение специализированном челюстно-лицевой отделении многопрофильной больнице. Пациенты были разделены на 4 группы: 1 – пострадавшие с травмой мягких тканей лица; 2 – пострадавшие с переломами верхней и (или) нижней челюстей; 3- пострадавшие с переломали скуловой кости и (или) дуги; 4 – пострадавшие с сочетанной черепно-челюстно-лицевой травмой. Оценку эффективности оказания специализированной медицинской помощи, а также проведения реабилитационных мероприятий у пострадавших людей с травмой лица проводили по методике А.К. Иорданишвили и соавт. (2014).

Результаты исследования и их обсуждение.Анализ эффективности стационарных специализированных лечебно-профилактических мероприятий показал, что хороший лечебный эффект был получен в 1-й и 3-й группах пострадавших с травмами лица, где показатель эффективности лечения после завершения лечения в стационаре составил соответственно 1, 37±0,24 баллов и 2,32±0,45 баллов. При этом достоверной зависимости эффективности лечебных мероприятий от возраста пострадавших в этих группах не установлено ($p \geq 0,05$). По завершению стационарного лечения во 2-й и 4-й группах исследования показатель эффективности лечебно-профилактических мероприятий составил соответственно 7,43±1,23 баллов и 8,86±1,85 баллов, что свидетельствует о удовлетворительной эффективности проведенной терапии у пострадавших с переломами челюстей и сочетанной черепно-челюстно-лицевой травмой. В большей степени специализированные лечебно-профилактические мероприятия были эффективны у людей молодого и среднего возраста, чем в пожилом и старческом возрасте ($p \leq 0,05$), что, очевидно, обусловлено сопутствующими заболеваниями и свидетельствует о необходимости привлечения врачей-интернистов к реабилитации таких пострадавших.

Самцов А.В., Белоусова И.Э., Ламоткин И.А., Рукавицын А.О.

МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Кафедра кожных и венерических болезней

Поражения кожных покровов нередко осложняют течение системных заболеваний, это верно и в отношении заболеваний системы крови. Известно, что больные острыми лейкозами (ОЛ) часто имеют изменения кожи, связанные, как и с основным заболеванием (метастатические/вторичные), так и с проводимой комплексной химио-иммуно и лучевой терапией. Для объединения вторичных специфических поражений кожи при различных вариантах ОЛ используется термин «специфические лейкемиды». По данным различных источников при остром миеломоноцитарном лейкозе (ОММЛ) частота возникновения подобных поражений – 15-20%, при остром монобластном лейкозе (ОМЛ) – 10-15% и около 3-5 % при В-клеточном варианте острого лимфобластного лейкоза (В-ОЛЛ).

Целью нашей работы было изучение клинических, гистологических и иммуногистохимических признаков специфических поражений кожи при различных вариантах острых лейкозов и их влияние на течение и прогноз основного заболевания. Исследование было проведено на 18 пациентах (14 мужчин и 4 женщины) со специфическими лейкемидами кожи при ОММЛ (n=7), ОМЛ (n=8) и В-ОЛЛ (n=3).Диагноз острого лейкоза устанавливался на основании клинической картины, морфоцитохимического, иммуноцитохимического и цитогенетического исследований клеток

костного мозга. Наличие специфического поражения кожи выявлялось с помощью оценки местного статуса, гистологического и иммуногистохимического исследований биоптатов кожи. По результатам исследования, клинически, специфическое поражение кожи при острых миелоидных лейкозах выражалось в появлении папул, сливающихся в бляшки, узелков и узловот розовато-красной до синюшной окраски любой локализации, которые, разрешаясь, оставляли очаги гипер/гипопигментации. При ОМЛ высыпания носили наиболее распространенный и полиморфный характер среди представленных нозологических форм, был отмечен единичный случай субтотального поражения кожи. При В-ОЛЛ лейкемиды возникали, как правило, в небольшом количестве – это несколько четко ограниченных, неподвижных темно-красных узла размерами 2-3 см, которые чаще появлялись на коже конечностей. При всех исследованных формах острых лейкозов специфическое поражение кожи имело общие гистологические признаки: инфильтрат располагался субэпидермально с вовлечением всех слоев дермы и, частично, гиподермы; в опухолевом инфильтрате присутствовали средних размеров клетки с округлыми, округло-овальными ядрами, отмечалась их высокая митотическая активность. Однако, для острых миелоидных лейкозов характерно линейное скопление инфильтрата в сосочковом слое дермы и периваскулярное в глубоких слоях, а при ОЛЛ опухолевый субстрат располагался диффузно и состоял преимущественно из лимфоидных клеток. При иммунофенотипировании биоптатов кожи опухолевые клетки экспрессировали антигены характерные для имеющегося варианта ОЛ.В нашем исследовании установлена связь между появлением специфического поражения кожи и прогнозом течения острых лейкозов: 10 из 18 пациентов (55%) скончались в течение 2-6 месяцев после появления первого лейкемида.

Таким образом, появление вторичного специфического поражения кожи при различных вариантах ОЛ может считаться определенным индикатором неблагоприятного прогноза данного заболевания.

Самцов А.В., Сухарев А.В., Патрушев А.В., Иванов А.М., Плахов В.Н.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра кожных и венерических болезней

Установление связи развития или ухудшения течения красного плоского лишая (КПЛ) с наличием очагов хронической инфекции (ОХИ) является чрезвычайно актуальным, так как позволит улучшить результаты оказания медицинской помощи данной категории больных.

Цель исследования: оценить выявляемость ОХИ у больных КПЛ в сравнении с общей популяцией.

Материал и методы:проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни больных КПЛ, проходивших лечение в клинике кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии в 2010 г. Из 48 пациентов 28 были обследованы с целью выявления ОХИ. Всем пациентам выполнялась рентгенография придаточных пазух носа, ортопантомограмма, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, проводились консультации ЛОР врачом, стоматологом, терапевтом, а также урологом (гинекологом) при наличии показаний.

Результаты: очаги стоматогенной инфекции (гранулематозные периодонтиты и пародонтиты) были выявлены у 39,3% (11/28), хронический тонзиллит был диагностирован у 8 человек (28,6%). Также у 1 человека (3,4%) было выявлено хроническое воспаление обеих верхнечелюстных пазух.

Полученные данные сопоставлены с распространенностью вышеуказанных нозологий в общей популяции. В связи с тем, что данные официальной статистики в доступных источниках представлены только по отдельным классам заболеваний, значения для сравнения были взяты из монографий по соответствующему профилю. Так средняя распространенность хронического периодонтита во взрослой популяции составляет 12%, хронического тонзиллита 10%, хронического гайморита 5%. При проведении статистического анализа (определение критерия χ^2) получены значимые различия в частоте встречаемости таких ОХИ как хронический гранулематозный периодонтит и тонзиллит ($p<0,05$), значимых различий в частоте встречаемостихронического гайморита получено не было ($p>0,05$).

Вывод: проведенное исследование показало повышенную частоту встречаемости ОХИ (хронического тонзиллита и периодонтита) у больных красным плоским лишаем. В связи с этим необходимопродолжить изучение данного вопроса с целью установления конкретных патогенетических механизмов, лежащих в основе влияния ОХИ на красный плоский лишай.

Сахин В.Т., Гордиенко А.В., Шахнович П.Г., Сотников А.В., Полькин А.В.

ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ОБЪЕМНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ТЯЖЕСТЬЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

г. Подольск, Московская область, 1586 Военный клинический госпиталь МО РФ,

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Цель исследования: изучить корреляционные связи между тяжестью повреждения, состояния у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди в первые 12 часов от момента получения травмы и объемными показателями микроциркуляции, полученными по результатам высокочастотной ультразвуковой допплерографии.

Материалы и методы: Обследовано 57 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди. Тяжесть повреждения оценивали по Injury Severity Score (ISS) по Baker S. P. et al. (1974) и по шкале ВПХ-П(МТ) (ВПХ – военно-полевая хирургия, П – повреждение, МТ – механическая травма). Состояние микроциркуляторного русла оценивали с помощью высокочастотной ультразвуковой допплерографии (датчик 25 МГц) в области ногтевого валика среднего пальца кисти устройством ультразвуковым компьютеризированным для исследования кровотока ММ-Д-К (Минимакс-допплер-К), ООО СП «Минимакс», г. Санкт-Петербург. При установке датчика в зону локации угол наклона датчика регулировали по получению максимальных по амплитудам кровотока и тонов. После проведения качественной оценки допплерограммы по форме огибающей спектра определяли линейные показатели скорости кровотока (мл/мин): Qs – объемная скорость (мл/мин), Qas – систолическая объемная скорость по кривой средней скорости (мл/мин), Qam – средняя объемная скорость по кривой средней скорости (мл/мин). Исследование выполняли через 4 ч от момента получения травмы, что соответствует первому периоду травматической болезни, согласно ее классификации (И.И. Дерябин, 1987 г. и Е. К. Гуманенко, 1992 г). Из полученных числовых показателей определяли медиану (Me) и межквартильный интервал (LQ–UQ). Для оценки взаимосвязи между двумя переменными использовался корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Статистически значимым признаком отличия коэффициента r от 0 являлось значение $p<0,05$.

Результаты: тяжесть повреждения по шкале ISS составила 29 (24-34) баллов, по шкале ВПХ-П(МТ) – 6,4 (4,6-11,5) баллов, что соответствует тяжелой и крайне тяжелой травме. Между всеми объемными показателями микроциркуляции и тяжестью повреждения по

шкале ВПХ-П(МТ) установлена слабая корреляционная связь (p<0,05). Между Qs и шкалой ISS установлена слабая корреляционная связь (p<0,05). Между Qas и шкалой ISS установлена умеренная отрицательная корреляционная связь (-0,42; p<0,05). Между Qam и шкалой ISS также установлена умеренная отрицательная корреляционная связь (-0,32; p<0,05).

Выводы: наличие умеренной корреляционной связи между систолической объемной скоростью по кривой средней скорости (Qas), средней объемной скоростью по кривой средней скорости (Qam) и тяжестью травмы по шкале ISS может свидетельствовать о возможности в дальнейшем применять данные показатели для оценки тяжести повреждения и прогноза пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди.

Святненко А.В.([1]), Мартынова Г.В.([1]), Осипов А.В.([1,2]), Унгурян В.М.([1]), Савченков Д.К.([2]), Бабков О.В.([1]), Сафоев М.И.([1]), Белов М.В.([2]), Демко А.Е.([1,2]), Суров Д.А.([2])

АНТЕГРАДНОЕ НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

г. Санкт-Петербург, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе ([1]),

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова ([2]).

В последнее десятилетие отмечается рост числа заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны и, как следствие, увеличение количества больных с синдромом механической желтухой (СМЖ). Целью многочисленных исследований является поиск путей снижения высокой (15-36%) послеоперационной летальности при МЖ и дальнейшее внедрение в практику малоинвазивных технологий (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2008; Гальперин Э.И. и соавт., 2009; Ветшев П.С. и соавт., 2011).

Антеградные способы желчеотведения могут использоваться для разрешения механической желтухи при любом уровне билиарного блока.При этом у больных с дистальным блоком следует отдавать предпочтение наружному дренированию протоков (Кулезнева Ю.В. с соавт., 2014).

За период 2014 - 2015г. в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе проходили лечение 100 пациентов с СМЖ. Мужчин - 42 (42%) и женщин - 58 (58%). Средний возраст пациентов составил 53,5 лет.

Доброкачественная этиология СМЖ была выявлена у 39 (39%) больных. При этом у большинства пациентов (n=24; 61,5%) диагностирована желчекаменная болезнь. Также встречались панкреатит (n=6;15%),доброкачественные стриктуры (n=4; 10%) и ятрогенные повреждения (n=3;8%). Самым редким заболеванием, сопровождающимся СМЖ, в данной группе был первичный склерозирующий холангит (n=2; 5%). Всем пациентам на первом этапе лечения применялась антеградная декомпрессия билиарного тракта как наружная 20 (83,3%), так и наружно-внутренняя холангиостомия 4 (16,6%).

При этом, в группе больных с СМЖ доброкачественной этиологии умерло 2 пациентов (5,1%). Тяжелые послеоперационные осложнения (кровотечение и желчный перитонит) возникли у 3 (7,69%) пациентов.

Таким образом, наружное дренирование желчных протоков в техническом плане является простым и безопасным методом.Данный метод обеспечивает достаточно быстрое купирование СМЖ, эффективен в 100% случаев, выполним под местной анестезией, позволяет оценивать суточный дебит желчи, сопровождается невысокой частотой послеоперационных осложнений.

Севрюков В.В., Борисов Д.Н., Иванов В.В.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА УЧЕТА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (АИС УПССП)

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В рамках Стратегии социального развития Вооруженных Сил РФ ведется работа по программе «Совершенствование медицинского обеспечения ВС РФ на период 2008-2020 г.» (далее - Программа). В рамках подпрограммы «Предупреждение и борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в ВС РФ»данной Программы кафедрой автоматизации управления медицинской службой (с военно-медицинской статистикой) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и Закрытым акционерным обществом «Информационные технологические комплексы» (ЗАО «Интек», г. Москва) проделана работа по созданию автоматизированной системы учета пациентов с сердечно-сосудистой патологией (АИС УПССП).

Целью работы было создание инструмента для учета нуждаемости обслуживаемого контингента в оказании высокотехнологичной кардиологической медицинской помощи.

Для достижения цели нами были изучены, проанализированы и обобщены данные литературы, научно-исследовательских работ, посвящённых вопросам создания автоматизированных информационных систем. На основе системного подхода с применением современных информационных технологий была создана информационная модель сбора и обработки данных пациентов кардиологического профиля, определены этапы данного процесса этапы и структурированы необходимые информационные потоки. При проведении сбора информации применялись методы анкетирования и экспертной оценки ведущих специалистов медицинских подразделений, частей и организаций Министерства обороны, а также главных медицинских специалистов Северо-Западного Федерального округа.Первичный сбор информации производился на рабочих местах регистратора и медицинского статистика военной поликлиники (амбулатории). Данные собирались из персональных документов медицинскогоучета: карты учета больных в амбулатории (ф.9), медицинских книжек (ф.1,2,3), медицинской карты амбулаторного больного (ф.025) медицинского протокола осмотра пациента. Остальные данные заполнялись при визите пациента.

Первично сформированные массивы данных ежедневно передавались в ГВМУ МО РФ и формировали общую сводную базу данных по всем поликлиникам МО РФ. Структура базы данных была сформирована на основе структуры электронной медицинской карты, используемой в Министерстве здравоохранения и Министерстве обороны.

В результате обработки данных система позволяла формировать следующие аналитические отчеты:

1. Список нуждающихся в медицинской помощи (пофамильный).
2. Список нуждающихся в медицинской помощи (по видам исследования).
3. Список нуждающихся в медицинской помощи (по лечебным учреждениям).
4. Список нуждаемости в оказании медицинской помощи больным ИБС.
5. Список нуждаемости в оказании медицинской помощи больным ИБС за отдельные военные округа.

Изменения данных пациентов по мере проведения дополнительных обследований обновлялись независимо от места их проведения.

Показано, что созданная медицинская аналитическая информационная система мониторинга пациентов с сердечно-сосудистой патологией позволяет оптимизировать оказание высокотехнологичной помощи обслуживаемому контингенту кардиологического профиля. По результатам исследования созданная система была передана на эксплуатацию в научно-исследовательский отдел (Всеармейский медицинский регистр МО РФ) научно-исследовательского центра Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова.

Семелев В.Н., Тыренко В.В., Никитин В.Ю., Тараканова Л.А., Сухина И.А., Иванникова Л.П., Мешкова М.Е.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ МИЕЛОДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ С СЕПСИСОМ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Введение. Больные с острыми лейкозами представляют особую группу онкогематологических больных, у которых на фоне проведения цитостатической терапии, сопровождаемой длительной цитопенией, всегда существует высокий риск возникновения септических осложнений.

Материалы и методы. На проточном цитометре “Cytomics FC500” фирмы “Beckman Coulter” США было проведено исследование субпопуляций лимфоцитов у пациента с острым миелоидным лейкозом (FABM5в) у которого был диагностирован септический процесс (прокальцитониновый тест более 10 нг/мл) в период агранулоцитоза (нейтрофилы<$0{,}5\times10^9$/л) после проведения курса высокодозной индукционной химиотерапии (цитозар 3000 мг/м^2/сутки №3).

Основные результаты. У обследуемого пациента на фоне лейкопении, относительной и абсолютной лимфопении отмечалось выраженное снижение абсолютного числа основных субпопуляций Т-лимфоцитов и натуральных киллеров (NK). В то же время, анализ процентного содержания Т-клеток свидетельствовал об умеренной активации, как Т-хелперов, так и цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ), что проявлялось ростом процента общих Т-клеток ($CD3^+$) до 90,1%, Т-хелперов ($CD3^+CD4^+$) до 69,6%, активированных $CD25^{+-}$ ($CD3^+CD25^+$) до 16,6% и HLA-DR^+-Т-клеток ($CD3^+HLA^-DR^+$) до 19,2%, активированных ЦТЛ ($CD3^+CD8^{bright}CD38^+$) до 12,4%. Наряду с этим, наблюдалась активация натуральных киллерных клеток, что подтверждалось ростом процента активированных HLA-DR^+-NK-лимфоцитов ($CD16{+}56^+$HLA-DR^+) до 9% и активированных $CD38^+$-NK-клеток ($CD3^-CD8^{dim}CD38^+$)до23,5%. При оценке В-клеток былобнаружен вторичный В-клеточный иммунодефицит, который характеризовался снижением до нулевых значений количества всех субпопуляций В-лимфоцитов. В сыворотке крови был увеличен уровень высокомолекулярных циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)до 86 отн. ед. При анализе показателей фагоцитоза фиксировалось усиление фагоцитарной активности нейтрофилов (ФП=97%). При анализе экспрессии антигена CD64 на мембране активированных нейтрофилов отмечалась яркая экспрессия данного антигена на 100% гранулоцитов. При этом средняя интенсивность флюоресценции (MFI) CD64 на мембране клеток составила 47 ед. (при сепсисе MFI выше 20ед.).

При исследовании иммунологических параметров на 5 и 18 сутки было отмечено постепенное снижение процента Т-хелперов ($CD3^+CD4^+$) до 64,2% и 49,5%, и увеличение относительного количества ЦТЛ ($CD3^+CD8^+$) до 24,7% и 36.9%, соответственно. В то же время, отмечалось нарастание признаков активации основных субпопуляций Т-клеток, что проявлялось ростом процента активированных Т-лимфоциов ($CD3^+CD25^+$) до 38,3% и 10,1%, HLA-DR^+-Т-клеток ($CD3^+$HLA-DR^+) до 23,2% и 34,7%, активированных ЦТЛ ($CD3^+CD8^{bright}CD38^+$) до 15,4% и 36,9%, регуляторных Т-хелперных клеток ($CD4^+CD25^{bright}CD45^+$) до 6,8% и 3,3%. Наряду с этим, сохранялись признаки активации NK-клеток, что подтверждалось высоким процентом активированных HLA-DR^+-NK-лимфоцитов ($CD16{+}56^+$HLA-DR^+) до 8% и 7% и активированных $CD38^+$-NK-клеток ($CD3^-CD8^{dim}CD38^+$) до 29,9% и 23,5%. При этом наблюдалось постепенное снижение MFI CD64до 23,9% и 4,2%. Уровень ЦИК на 5 сутки составил 60 отн. ед., а на 18 сутки 68 отн. ед. и сохранялась высокая концентрация IgG=26.46 г/л и 23.8 г/л, соответственно.

Заключение. Таким образом, параметры клеточного звена иммунитета у больных с септическими осложнениями позволяют более детально оценить состояние иммунной системы и течение септического процесса.

Семелев В.Н., Тыренко В.В., Никитин В.Ю., Тараканова Л.А., Сухина И.А., Ширина И.В., Мешкова М.Е.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ МИЕЛОИДНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Как правило, основными причинами развития инфекционных заболеваний, возникающих в процессе проведения химиотерапии у больных острыми миелоидными лейкозами (ОМЛ) являются нарушения в иммунной системе вызванные не только опухолевой пролиферацией, но и проведением цитостатической терапии.

Цель исследования.Оценка показателей клеточного звена иммунитета у больных ОМЛ, находящихся в ремиссии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие больные с диагнозом ОМЛ в количестве 25 человек, средний возраст которых составил 54,4 ±5,2 года. Программная терапия у этих больных проводилась по унифицированному протоколу лечения больных ОМЛ в возрасте моложе 60 лет (ФГБУ ГНЦ МЗ РФ). Клинико-гематологическая ремиссия достигнута после первого курса индукции. Изучение количественного состава субпопуляций лимфоцитов в периферической крови выполняли на проточном цитометре Cytomics FC500 («BeckmanCoulter», США) с использованием следующих комбинаций прямых моноклональных антител (CD45/CD4/CD8/CD3/CD25, CD45/CD16+56/CD19/CD3/HLA-DR, CD45RA/CD45RO/CD4/CDCD45, CD8/CD38/CD3/CD45) и изотипических контролей той же фирмы.

Основные результаты.

У обследуемой группы больных на фоне лейкопении ($2,7\pm0,8x10^9$/л)были выявлены признаки умеренной активации основных субпопуляций Т-клеток, как Т-хелперов, так и цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ). Об этом свидетельствовал рост процента общих Т-клеток ($CD3^+=82,4\pm8,5\%$), ЦТЛ ($CD3^+CD8^+=35,3\pm5,6\%$), активированных Т-лимфоцитов ($CD3^+CD25^+=24,6\pm3,6\%$) и ($CD3^+HLA\text{-}DR^+=19,8\pm4,6\%$), активированных Т-хелперных клеток ($CD4^+CD45RO^+CD45RA^+=35,2\pm3,7\%$) и активированных ЦТЛ ($CD3^+CD8^{bright}CD38^+=11,5\pm1,6\%$).

Наряду с этим, были отмечены рост процента активированных $HLA\text{-}DR^+$-NK-лимфоцитов ($CD16+56^+HLA\text{-}DR^+=3,2\pm0,8\%$), активированных $CD38^+$-NK-клеток ($CD3^-CD8^{dim}CD38^+=25,5\pm2,8\%$) и резкое снижение относительного и абсолютного числа общих В-лимфоцитов ($CD19^+=1,7\pm0,8\%$).

Заключение. Таким образом, у больных ОМЛ в период ремиссии были выявлены признаки активации основных субпопуляций Т-лимфоцитов, натуральных киллерных клеток и выраженный вторичный В-клеточный иммунодефицит.

Семелев В.Н., Тыренко В.В., Тараканова Л.А., Живописцева А.М., Горностаев Д.А., Голубцов О.Ю, Шиндряева Н.И., Бортынев А.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕТИНОИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОПЛ)

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) встречается в 5 - 15% всех случаев острых миелоидных лейкозов. Применение полностью транс-ретиноевой кислоты (третиноин, ATRA) совместно с цитостатической терапией радикально изменили прогноз данного заболевания, увеличивчастоту полных ремиссий до 80-90% и пятилетнюю безрецидивную выживаемость больных до50-60%. Вместе с тем, на фоне приема ATRA существует риск

развития ретиноидного синдрома, частота которого составляет в среднем от 15 до 45% с высокой летальностью, доходящей до 10-15%.

У больного с верифицированным диагнозом ОПЛ (t 15;17) находящегося на программной полихимиотерапии по протоколу AIDA на 17 - е сутки от начала лечения отмечено изменение клинической картины: признаки дыхательной недостаточности (нарастание частоты дыхания до 28 в мин.); фебрильная лихорадка без признаков инфекции (t=38,5 С;отсутствия очагов инфекции по результатам осмотра и проведенных исследований, включающих методы микробиологической лабораторной диагностики и выполнение компьютерной томографии органов грудной клетки и околоносовых пазух); артериальная гипотензия (АД = 80/60 мм. рт. ст.); прибавка в весе 6 кг преимущественно за счет отеков. Данное состояние было расценено как поздний ретиноидный синдром тяжелой степени, обусловленный приемом препарата третиноина. По неотложным показаниям начато лечение глюкокортикостероидами (дексаметазон 10 мг/м^2 2 раза в сут.) с отменой третиноина. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика (уменьшение одышки, снижение температуры тела до субфебрильных значений, стабилизация артериального давления на уровне 110/60 мм. рт. ст.) с полным купирование ретиноидного синдромана 4-е сутки и последующем возобновлениемтерапии согласно протокола.

Таким образом, больные с острым промиелоцитарным лейкозом, получающие препараты транс-ретиноевой кислоты, требуют к себе повышенного внимания на всех этапах программного лечения ввиду возможности развития у них ретиноидного синдрома. Своевременная диагностика и последующая коррекция терапии позволяют в большинстве случаев предотвратить развитие фатального исхода при развитии этого серьезного осложнения.

Семелёв В.Н., Тыренко В.В., Тараканова Л.А.,Живописцева А.М.,Горностаев Д.А., Голубцов О.Ю., БортынёвА.В., ШиндряеваН.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

В последнее время, в связи с активным применением цитостатической и иммуносупрессивной терапии у онкогематологических больных, частота инфекционных осложнений в период цитопении значительно возрастает и, согласно данным литературных источников, составляет более 80%. Особенностью инфекционных осложнений у данной категории пациентов в период нейтропении являются скудность клинической симптоматики, сложность обнаружения очага инфекции и выделения возбудителя из биосубстратов, а также тенденция к генерализации инфекционного процесса. Наиболее частыми возбудителями сепсиса являются грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae (Escherichiacoli – 17,8% случаев) и неферментирующие бактерии (Pseudomonasaeruginosa – 7,6% случаев), грамположительные бактерии (коагулазанегативные стафилококки – 17,4% случаев, Enterococcusspp. – 10,3% случаев, Staphylococcusaureus – 5,4% случаев).

Нами диагностирован сепсис у больного с острым миелоидным лейкозом, получающего программную терапию по унифицированному протоколу лечения больных ОМЛ в возрасте моложе 60 лет (ФГБУ ГНЦ МЗ РФ). Клинико-гематологическая ремиссия достигнута после первого курса индукции. Через неделю после проведения 2-го курса консолидации (цитозар 3000 мг/м^2/сутки №3) в период агранулоцитоза (нейтрофилы<0,5×10^9/л) был зарегистрирован подъем температуры тела до 39,2^{o}С. С учетом отсутствия очагов инфекции по результатам осмотра и проведенных исследований, включающих методы микробиологической лабораторной диагностики и выполнение компьютерной томографии органов грудной клетки и околоносовых пазух носа, пациенту

был установлен предварительный диагноз фебрильная нейтропения и назначена эмпирическая антибактериальная терапия (цефтриаксон 6г/сутки, амикацин 1,5г/сутки). Через сутки на фоне сохраняющейся лихорадки появились жалобы на боли в паховой области слева, усиливающиеся при пальпации. При осмотре данных за острую хирургическую патологию не выявлено. В последующие сутки на фоне сохраняющейся лихорадки (max. 40^0C) выявлена инфильтрация левой паховой области. Диагностирована флегмона паховой области в стадии инфильтрации. Произведена смена антибактериальной терапии (линезолид 1,2 г/сут.,дорипенем 1,5 г/сут.) с положительным эффектом (снижение температуры до 36,9-37,2^0C). В связи с распространением процесса на верхнюю треть бедра выполнено вскрытие и дренирование флегмоны. Посев отделяемого раны - Escherichiacoli - 10^6.Прокальцитониновый тест более 10 нг/мл. С учетом полученных результатов обследования верифицирован диагноз сепсис. В дальнейшем на фоне проведения комплексной терапии, включающей как хирургические методы лечения, так и методы иммунокоррекции, наблюдалась положительная динамика (санация очага инфекции, стабилизация состояния больного).

Таким образом, больные ОМЛ в период агранулоцитоза относятся к группе высокого риска развития инфекционных осложнений и нуждаются в проведении комплексного обследования и лечения (с привлечением специалистов различного профиля) для своевременного санирования очагов локализованной инфекции.

Семелёв В.Н., Тыренко В.В., Тараканова Л.А., Живописцева А.М., Горностаев Д.А., Голубцов О.Ю., БортынёвА.В., ШиндряеваН.И.,

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Военно-медицинская академияим. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Онкогематологические больные находящиеся на программной терапии, относятся к группе высокого риска развития различных инфекционных осложнений. Цитостатические препараты оказывают иммуносупрессивное действие, способствуя развитию бактериальной, грибковой, вирусной и протозойной инфекции, и вызывают обострение хронических очагов в том числе одонтогенных. Наиболее частым этиологическим фактором одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний являются неспорообразующие анаэробы родов Bacteroides (B. Fragilis), Prevotella (P. melaninogenica), Porphyromonas (P. saccharolytica), Fusobacterium (F. nucleatum), Peptococcus (P. asaccha-rolyticus) и Peptostreptococcus (P. Anaerobius).

Нами диагностирован острый одонтогенный ограниченный остеомиелит верхней челюсти, осложнённый флегмоной правой крыло-небной ямки у больного с острым миелоидным лейкозом, получающего программную терапию по унифицированному протоколу лечения больных ОМЛ в возрасте моложе 60 лет (ФГБУ ГНЦ МЗ РФ). Клинико-гематологическая ремиссия достигнута после первого курса индукции. При этом, перед проведением запланированной высокодозной химиотерапией пациенту выполнена ортопантомография, консультирован стоматологом, был выявлен и пролечен средний кариес. Других очагов хронической инфекции, требующих санации выявлено не было. На третьи сутки, в период агранулоцитоза после завершения 1-го курса консолидации по схеме ВДЦ (цитозар 3000 мг/$м^2$/сутки №3 в/в) зарегистрирован подъем температуры тела до 38,6^oC, сопровождавшийся отеком правой щёчной области. С учетом отсутствия явных очагов инфекции по результатам осмотра и исследований, включавших микробиологическую диагностику и рентгенологические методы исследования (КТ околоносовых пазух) был установлен предварительный диагноз фебрильная нейтропения и назначена эмпирическая

антибактериальная терапия (цефтриаксона 6г/сутки, амикацин 1,5 г/сутки). Через 24 часа, на фоне сохранявшейся фебрильной лихорадки, появились жалобы на выраженную боль в области щёчной поверхности десны верхней челюсти справа. Консультирован стоматологом и ЛОР-врачом: выявлен хронический периодонтит 17 зуба, данных за острый верхнечелюстной синусит не получено. В дальнейшем отёк и интенсивность болей прогрессировали, в связи с чем проведена коррекция антибактериальной терапии (добавлен метронидазол 1,5г/сутки). По результатам ортопантомографии диагностирован острый одонтогенный ограниченный остеомиелит верхней челюсти в области удаленного 16 зуба. В связи с возникновением и распространением флегмоны в щечное, крылонебное и подъязычное пространства было выполнено вскрытие и дренирование гнойного очага и удаление 17 зуба. В дальнейшем на фоне комбинированного лечения, включавшего в себя как хирургические, так и консервативные методы, наблюдалась положительная динамика.

Следовательно, наличие даже незначительных очагов хронической одонтогенной инфекции, не требующих санации у практически здоровых людей, у онкогематологических больных являются очагом развития тяжелого инфекционного осложнения в период постцитостатической цитопении. Данный факт следует учитывать при подготовке пациента к проведению курса химиотерапии.

Семелёв В.Н., Тыренко В.В., Тараканова Л.А., Живописцева А.М., Горностаев Д.А., Голубцов О.Ю., ШиндряеваН.И., БортынёвА.В.

ДВС-СИНДРОМ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОПЛ)

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) зачастую (до 90% случаев) имеет в своей клинической картине яркие проявления геморрагического синдрома, позволяющие предположить этот диагноз еще до проведения цитологических, цитогенетических и молекулярно-генетических исследований костного мозга. Наиболее тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением у таких пациентов является ДВС-синдром. К лабораторным тестам, отражающим фазы течения данного процесса,относятсяуровень фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), D-димеры, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), антитромбин III и количество тромбоцитов.

При осмотре пациента с предварительным предварительным диагнозом острый лейкоз были выявлены множественные геморрагии гематомного типа на коже верхних и нижних конечностей, туловище, от сиренево-бурого до зелено-коричневого цвета размером от 3х5 см до 22х11 см. До получения результатов цитологического, цитогенетического и иммуннофенотипического исследований костного мозга и верификации морфологического варианта острого лейкоза с учетом геморрагического синдрома и лабораторных результатов исследования (количество тромбоцитов - $9{,}1 \times 10^9$/л, МНО-1,41, АПТВ-1,50, ПТИ 60%, фибриноген-1,29 г/л, D-димеры>5,0мкг/л, антитромбин III-112%) пациенту уставлен ДВС-синдром и сделано предположительное заключение о наличии у пациента ОПЛ.

Исходя из этого, сразу же была начата и продолжена в последующие дни терапия ДВС-синдрома с учетом особенностей ведения больных с ОПЛ включающая массивную заместительную гемотрансфузионную поддержку (объем свежезамороженной плазмы до 2 л/сутки, поддержание числа тромбоцитов на уровне не менее 50×10^9/л, применение криопреципитата), гемостатикии препараты факторов свертывания («Протромплекс-600») при постоянном контроле показателей коагулограммы и количества тромбоцитов.

После предварительных результатов обследования, не дожидаясь окончательной верификации молекулярно-генетическими методами (выявление транслокации t(15;17) и

химерного гена PML/RARa) больному начата терапия по международному протоколу «AIDA».

На 3-ти сутки от начала терапии геморрагический синдром был купирован, количество тромбоцитов на фоне постоянной трансфузии аппаратного тромбоцитного концентрата поддерживалось на уровне 50-55х10^9/л, фибриноген 2,32 г/л, протромбин 70%, МНО 1,25, D-димеры 2,0мкг/л, а на 14-сутки D-димеры<0,5мкг/л, ПТИ 82%, фибриноген 3,2 г/л.

Таким образом, основой ведения больных ОПЛ является раннее выявление и адекватная терапия геморрагических осложнений с осуществлением постоянного контроля показателей гемостаза и поддержании их на определенном уровне.

Семин С.А., Кобозова К.А., Курасов Е.С., Медведева Ю.И.

СКЛОННОСТЬ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВАМИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия.

Актуальность. По данным ВОЗ, из 400 млн психических больных во всем мире, около 115 млн (35%) страдают психическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ. Вместе с этим отмечается, что злоупотребление ими негативно влияет не только на состояние соматического и психического здоровья таких пациентов, но и населения в целом (повышает риск совершения различных правонарушений, несчастных случаев, травм, автокатастроф и т.п.). Следует обратить внимание на то, что зачастую даже единичное употребление наркотических средств и психотропных веществ может привести к пагубным последствиям (в том числе, к совершению уголовных и административных правонарушений, получению тяжелых травм и смерти). При этом наличие коморбидных невротических расстройств в значительной степени влияет на формирование и развитие аддиктивной патологии.

Цель исследования: провести сравнение выраженности аддиктивного поведения у пациентов с коморбидными невротическими расстройствами и лиц без сопутствующей психической патологии.

Материал и методы. Всего было обследовано 63 человека с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.2), проходивших лечение в клинике психиатрии Военно-медицинской академии в 2014-2015 гг. Основная выборка была разделена на 2 группы: а) лица с аддиктивной патологией, не имеющие сопутствующих психических расстройств (n=32 чел); б) пациенты с алкогольной зависимостью и коморбидной невротической патологией (n=31 чел).

Для определения склонности к аддиктивному поведению использовался опросник «Аддиктивная склонность». Выраженность тревоги и депрессии оценивалась по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Обследование проводилось после редукции проявлений абстиненции. Для выявления различий применялся t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что у лиц с алкогольной зависимостью, не имевших коморбидных невротических расстройств, показатели выраженности аддиктивного поведения составили 2,5 ± 1,5 балла. В свою очередь, у пациентов с аддиктивной патологией и невротическими расстройствами показатели выраженности аддиктивного поведения достигали 10,5 ± 2,7 балла, при этом различия были статистически достоверны ($p<0,05$).

Вместе с этим, показатели тревоги и депрессии, оцениваемые по шкале HADS, в первой группе составили 14,7 ± 2,3 и 12,6 ± 2,8 балла, соответственно. Во второй группе

выраженность тревоги составила 17,1 ± 2,1 балла, а депрессии - 14,5 ± 1,9 балла. При этом различия по данным показателям между двумя группами были также достоверны ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать следующие выводы:

1. У пациентов с невротическими расстройствами выявляется повышенная склонность к аддиктивному поведению. Во многом, это может быть обусловлено высокими уровнями тревоги и депрессии у лиц этой группы.

2. Выделяемая группа риска (с невротическими и связанными со стрессом расстройствами) нуждается в проведении психотерапевтической работы, направленной не только в отношении аддиктивной патологии, но и текущей психотравмирующей ситуации.

Сенопальников Е.Г., Лобачев А.В., Воскобойник В.В.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТКОММОЦИОННОГО СИНДРОМА И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Последствия черепно-мозговых травм (ЧМТ), в частности сотрясения головного мозга являются одной из важнейших проблем современной медицины, интерес к которой неуклонно возрастает во всем мире (А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов, 2002). Примерно в трети случаев сотрясений головного мозга наступает полное клиническое выздоровление в промежуточном периоде, в остальных случаях возникает новое функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС), стремящееся к нормальному уровню. (Г.А. Акимов, М.М. Одинак, 2009). Для обозначения патологического состояния, возникающего у больных, перенесших ЧМТ, используют термин посткоммоционный синдром (ПКС), по рубрике МКБ-10 – F 07.2. Около 50% перенесших ЧМТ легкой степени демонстрируют выздоровление в течение 3-х месяцев, 40% испытывают последствия в течение 3-6 месяцев и до 20% испытывают симптомы после этого периода (A. Mitchener, D. Wyper, J. Patterson, 2013). Также, до 20 % пациентов перенесших легкие ЧМТ испытывают расстройства после 1 года в виде ПКС. Часть симптомов ПКС сходны с симптомами невротических расстройств (НР). Психопатологическая симптоматика, имеющая место у половины больных ПКС может включать: раздражительность, тревогу, депрессию, личностные изменения (R. Hall, 2006).

В настоящее время ПКС определяют как результат сложного взаимодействия органических изменений в головном мозге, обусловленных диффузным аксональным повреждением, социально-психологическими факторами в т.ч. имевшими место до травмы, коморбидными невротическими, стрессовыми расстройствами, сознательным или бессознательным желанием получить выгоду от ситуации (MacMillan PJ, Hart RP, Martelli MF, 2002). Дискуссии в научном сообществе относительно того, считать ли это заболевание «психологически» или «органически» обусловленным, не утихают с момента постановки этого вопроса (J. Erichsen, 1890) по настоящее время (S. Eekelen, J. Ree, 2000).

Нами было изучено более 40 публикаций для анализа эффективности использования нейровизуализационных исследований (PET, DTI, SPECT, fMRT, HMRS и др.) в дифференциальной диагностике вышеперечисленных расстройств.

В 2014 г. установлено (TRSNA), что выявляемые с помощью функциональных методов ПЭТ/КТ изменения активности метаболизма 18F-флюродеоксиглюкозы в области гипофиза достоверно разные при ЧМТ (захват значительно ниже) и НР, что может служить критерием для дифференциальной диагностики.

Опубликованы (C. Raji, 2015 г.) результаты исследования с помощью SPECT, который позволяет оценить степень перфузии в головном мозге при НР и ПКС. и ЧМТ. Установлено, что специфичность изменений перфузии в лобных долях, поясной извилине, гиппокампе, парагиппокампальной извилине, миндалине при каждой патологии оценивается в 89-90%. При ЧМТ в этих областях наблюдается гипоперфузия, а при НР –гиперперфузия, что указывает на разные патогенетические процессы влияющие на перфузию при рассматриваемых патологиях. Также установлено, что использование fMRT (с программой граф-анализа), позволяет выявить ослабление пластичности связей в нейросети, включающей гиппокамп и префронтальную кору у лиц, страдающих НР, в то время как у перенесших ЧМТ определяются ослабленные связи в сети базальных ганглиев.

Таким образом, активное применение нейровизуализационных методик, позволит в будущем проводить более объективную дифференциальную диагностику между ПКС и НР, что несомненно позитивно скажется на качестве подбора терапии этих расстройств.

Сергеев А.И.[1], Гриб И.Л.[2], Полозов Е.А.[2]

ТЯЖЁЛЫЕ И СЛОЖНЫЕ БОЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОСПИТАЛЯ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии[1]; *г. Санкт-Петербург, Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области»*[2].

При анализе работы профильных лечебных отделений стационаров основное внимание фиксируется на статистических показателях: число лечившихся пациентов, среднее число дней работы койки, оборот койки, средний койко-день, летальность. Большое значение отводится оценке лечения пациентов с декомпенсацией функций жизненно важных органов и представляющей непосредственную опасность для жизни. Такие больные получают лечение в отделении анестезиологии и реанимации (РАО).

Основную сложность в работе врачей лечебных подразделений составляют «сложные» пациенты. К сложным больным мы относили пациентов, у которых верификация диагноза в условиях госпиталя по объективным причинам была затруднена или они находились в тяжелом общем состоянии, но без критической опасности для жизни. Эта группа пациентов составила 72 человека.

Должного внимания к этому аспекту работы терапевтического отделения многопрофильного стационара в медицинской литературе не прослеживается. Понятие «сложный пациент» не конкретизировано.

Проанализирована диагностическая и лечебная работа терапевтического отделения госпиталя, развернутого на 325 коек. В нем, помимо терапевтического, имеются кардиологическое, гастроэнтерологическое, неврологическое и хирургическое отделения, а также общее для госпиталя РАО.

В 2013 -2015 годах в терапевтическом отделении в среднем за год проходило лечение 1450 пациентов. Среди них 30% составили пациенты с патологией органов дыхания, 14,4% - с эндокринопатиями, 12,2% - с ревматологической патологией, 7,2% - с заболеваниями системы крови, 2,8% - с онкологической патологией.

В 2015 году, среди всех пациентов 5,8% больных при поступлении в госпиталь находились в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Поэтому они непосредственно из приемного отделения госпитализировались в отделение анестезиологии и реанимации. У 12 человек тяжелое, угрожающее жизни состояние, развилось в терапевтическом отделении, что потребовало перевода таких пациентов в РАО. Среди пациентов, отнесённых к категории «сложные», потребовали перевода в РАО 6 человек. Из них умерло 5.

Всего среди пациентов терапевтического отделения в интенсивной терапии нуждались около 4% больных. Летальность составила 0,34% (5 человек). Средний койко-день пребывания пациентов в госпитале, временно проходивших лечение в реанимационном отделении, составил 28 дней. Тяжесть общего состояния пациентов было обусловлена: развитием тяжелой дыхательной недостаточности – 28%, сердечно - сосудистой недостаточности – 25%, острым повреждением почек – 7%, отеком головного мозга – 3%, другими, в том числе сочетанными, причинами – 37%. Средний койко-день у сложных больных терапевтического отделения составил 31. Среди этих пациентов у 75% была затруднена верификации диагноза из-за недостаточной диагностической базы госпиталя. Из «сложных» пациентов 12% потребовалось сложное диагностическое обследование вне госпиталя. С другими причинами «сложности» было 9 пациентов.

Семенова В.А., Белдыменко Е.Л.

ОТРАВЛЕНИЕ МЕТАНОЛОМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

г. Санкт-Петербург, кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Количество острых пероральных отравлений спиртсодержащими жидкостями в настоящее время не имеет тенденции к снижению. Острое отравление метанолом является одним из наиболее опасных из них. Смертельная доза метанола составляет около 30 мл, а в некоторых случаях и меньше. Мы считаем, что наше наблюдение из практической работы судебно-медицинскихэкспертов будет полезно клиническим специалистам, т.к. морфологи имеют уникальную возможность сопоставить данные клинического обследования и изменения во внутренних органах на тканевом и клеточном уровнях, проводя постмортальное гистологическое исследование.

Гражданка Л., 39 лет, поступила в клинику ВПТ ВМедА в тяжелом состоянии, обусловленном проявлениями энцефалопатии, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Из анамнеза известно, что пациентка в течение трех суток употребляла «спиртсодержащие напитки». По данным ЭКГ,фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 120 в минуту, субэпикардиальная ишемия в области левого желудочка. По лабораторным данным: нормохромная анемия, азотемия (креатинин до 203 мкмоль/л, мочевина 11,8 ммоль/л), дисэлектролитемия (калий – 3,37 ммоль/л, кальций – 1,94 ммоль/л, натрий – 129 ммоль/л, хлор – 75 ммоль/л), гипопротеинемия – 59 г/л, гипергликемия – 8,08 ммоль/л, повышение активности печеночных ферментов (АсАТ – 93 МЕ/л, АлАТ – 42 МЕ/л), выраженный декомпенсированный метаболический ацидоз (ВЕ – 35,4; pH - 6,630; pCO_2 17,4; pO_2 169 мм рт. ст.).При токсико-химическом исследовании обнаружен метанол в крови – 0,3‰, в моче - 0,01‰. Через сутки пребывания в клинике, несмотря на комплекс проводимых лечебных мероприятий (в т.ч. сеансы гемодиализа), гражданка Л. скончалась при явлениях токсической энцефалопатии, прогрессирующей дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности и печеночной недостаточности, анурии.

При судебно-медицинском исследовании трупа гражданки Л. каких-либо специфических морфологических изменений не выявлено.

При судебно-гистологическим исследовании установлено: в головном мозге – перицеллюлярный и периваскулярный отек, дистрофия нейронов, множественные очаги кровоизлияний; в сосудах головного мозга эритроцитарные сладжи. В легких – множественные дистелектазы, обширные внутриальвеолярные кровоизлияния, полнокровие альвеолярных капилляров, выраженный внутриальвеолярный отек. В сердце – множественные очаги полного лизиса кардиомиоцитов с выраженной их фрагментацией. В печени – тотальный жировой крупнокапельный гепатоз, большая часть гепатоцитов в состоянии некроза. В почках – дискинезия гломерулярных капилляров с их некротическим

распадом, в капиллярах эритроцитарные сладжи, значительная часть гломерул фрагментирована, тубулярный эпителий проксимальных и дистальных капилляров в состоянии некротического распада.

Таким образом, гистологическая картина поражения печени и почек у данной пациентки не вполне коррелирует с данными лабораторных исследований, и свидетельствует о гораздо более тяжелом поражении этих органов, а именно об их функциональной катастрофе из-за некротического распада.

Мы полагаем, что сопоставление клинических и постмортальных данных в дальнейшем сотрудничестве с врачами токсикологами, реаниматологами, терапевтами поможет оптимизировать тактику и стратегию лечения подобных пациентов.

Сердюков Д.Ю., Барсуков А.В., Мирохина М.А., Дыдышко В.Т.

НЕКОТОРЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-МУЖЧИН С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Актуальность: Все больший интерес ученых привлекают нелипидные концепции развития атеросклероза. По результатам проведенных исследований определено важное прогностическое значение в развитии и прогрессировании атеросклероза таких факторов, как повышенный уровень цистатина С, С-реактивного белка (ЦРБ), а также постпрандиальная 1-часовая гипергликемия (значение глюкозы > 8,6 ммоль через 1 час после стандартного глюкозотолерантного теста (ГТТ)). В нашем исследовании приведены данные относительно распространенности указанных предикторов у военнослужащих.

Цель исследования: Оценить распространенность нелипидных факторов сердечно-сосудистого риска у военнослужащих-мужчин молодого и среднего возраста с субклиническим атеросклерозом.

Материал и методы: Были обследованы 200 военнослужащих-мужчин в возрасте 41,4±6,7 лет без клинических проявлений атеросклероза по результатам ультразвуковой оценки толщины комплекса интима-медиа (ТИМ). Были сформированы 2 группы: в I группу (увеличение ТИМ больше 0,9 мм) были включены 65 пациентов с субклиническим атеросклерозом в возрасте 44,3±5,8 лет, во II группу – 135 пациентов 40,4±6,3 лет без признаков атеросклероза. Всем обследованным было проведено объективное обследование, выполнена велоэргометрия, эхокардиография, исследован липидный спектр крови, углеводный обмен. В исследование не включались пациенты с СД 2 типа, ассоциированными клиническими состояниями, значимыми нарушениями сердечного ритма, инфекционными заболеваниями печени, тяжелой соматической патологией.

Результаты исследования: По результатам биохимического анализа крови уровень цистатина С в I группе составил 1,04±0,11 vs 0,92±0,1 ($p<0,001$) во II группе на фоне удовлетворительных показателей скорости клубочковой фильтрации 83,7±15,1 vs 88,5±15,0 мл/мин соответственно ($p>0,05$); значения ЦРБ в группах были в пределах 2,1±0,3 vs 3,1±0,6 ммоль/л ($p>0,05$). По данным ГТТ гликемия в 1-часовой точке у пациентов I группы составила 9,0±1,9 vs 8,3±2,2 ммоль/л ($p=0,05$) при исходном уровне глюкозы 5,6±0,6 vs 5,3±0,6 ммоль/л ($p=0,03$),

Вывод: У пациентов молодого и среднего возраста с субклиническим атеросклерозом при проведении нагрузочных проб могут проявляться скрытые нарушения выделительной функции и углеводного обмена, которые необходимо учитывать при выработке индивидуальных рекомендаций.

Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Мирохина М.А., Дыдышко В.Т.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-МУЖЧИН С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Актуальность: По результатам основополагающего межконтинентального эпидемиологического исследования INTERHEART, охватившего около 30 тысяч человек в 52 странах были определены основные факторы риска сердечно-сосудистых осложнений: гиперлипидемия (ГЛП), курение, артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), абдоминальное ожирение (АО), негативное психосоциальное воздействие; доказано положительное влияние на прогноз адекватного употребления сырых овощей и фруктов, умеренного количества алкоголя и ежедневной физической активности. В работе приведены данные относительно распространенности указанных предикторов у военнослужащих.

Цель исследования: Оценить распространенность основных факторов сердечно-сосудистого риска у военнослужащих-мужчин молодого и среднего возраста с субклиническим атеросклерозом.

Материал и методы: Были обследованы 200 военнослужащих-мужчин в возрасте 41,4±6,7 лет без клинических проявлений атеросклероза по результатам ультразвуковой оценки толщины комплекса интима-медиа (ТИМ). Были сформированы 2 группы: в I группу (увеличение ТИМ больше 0,9 мм) были включены 65 пациентов с субклиническим атеросклерозом в возрасте 44,3±5,8 лет, во II группу – 135 пациентов 40,4±6,3 лет без признаков атеросклероза. Всем обследованным было проведено объективное обследование, выполнена велоэргометрия, эхокардиография, исследован липидный спектр крови, углеводный обмен. В исследование не включались пациенты с СД 2 типа, ассоциированными клиническими состояниями, значимыми нарушениями сердечного ритма, инфекционными заболеваниями печени, тяжелой соматической патологией.

Результаты исследования: По результатам объективного обследования распространенность курения в I и II группах составила 44,4 vs 50% пациентов ($p>0,05$); АГ – у 82,2 vs 72,7% пациентов ($p>0,05$); АО – 33,3 vs 32,6% человек ($p>0,05$) при объеме талии 95,9±10,8 vs 90,5±11,2 см ($p<0,001$); недостаточную физическую активность отмечали 46 vs 25% респондентов ($\chi^2=3,8$; $p=0,04$) соответственно.

По данным биохимического анализа крови соотношение аполипопротеидов (апо В/апо А1) в группах составило 0,85±0,2 vs 0,82±0,3 ($p>0,05$), при этом признаки классической дислипидемии выявлялись в 60 vs 35,6% случаев ($\chi^2=7,3$; $p<0,01$) в указанных группах. Пациенты с СД 2 типа в исследование не включались, однако по данным глюкозотолерантного теста (ГТТ) распространенность нарушенной гликемии натощак составила 11,5 vs 4,1% ($\chi^2=4,4$; $p=0,037$), нарушенной толерантности к глюкозе – 20,2 vs 11,8% ($\chi^2=2,9$; $p=0,07$), а преддиабета в целом 31,7 vs 15,9% ($\chi^2=3,7$; $p=0,05$). Обращало на себя внимание увеличение частоты выявления гипергликемии в 1-часовой точке ГТТ (>8,6 ммоль/л) у пациентов I группе: 71,8 vs 52,4% ($\chi^2=3,8$; $p=0,05$),

Вывод: Структура факторов риска у пациентов молодого и среднего возраста с субклиническим атеросклерозом отличается превалированием признаков абдоминального ожирения, гиподинамией, дислипидемией и скрытыми нарушениями углеводного обмена, что необходимо учитывать при первичном скрининге и дальнейшем диспансерно-динамическом наблюдении.

Сердюкова С.А., Симакова И.Л., Железняк С.Г.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ В РФ МЕТОДОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПЕРИМЕТРИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМЫ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Глаукома является одной их главных причин необратимой слепоты и инвалидности по зрению во всем мире. Практически 90% случаев всей глаукомы составляет открытоугольная глаукома (ОУГ).

Компьютерная периметрия (КП) - одна из важнейших диагностических методик, которая в соответствии с международными стандартами в обязательном порядке используется для ранней диагностики и мониторинга глаукомы.

Цель исследования: сравнить диагностическую эффективность 4 методов КП на одном и том же контингенте здоровых лиц и больных глаукомой в различных ее стадиях.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 52 больных (96 глаз) ОУГ I стадии (41 глаз), II стадии (36 глаз) и III стадии (19 глаз). Средний возраст пациентов составил 68 ± 13,2 лет (M±δ). Критериями исключения были глазные или системные заболевания, влияющие на состояние поля зрения; аномалия рефракции, превышающая ±5,0 дптр; острота зрения ниже 0,5. В контрольную группу вошли 20 здоровых человек (40 глаз), средний возраст которых составил 63±7,6 лет.

Каждому испытуемому проводили стандартное офтальмологическое обследование. КП выполняли с помощью 4 компьютерных периметров: компьютерного анализатора поля зрения Humphrey II (HFA, США-Германия), автоматического компьютерного периметра Tomey AP-1000 (Германия), автоматического периграфа Периком (РФ) и разработанного на кафедре офтальмологии ВМедА компьютерного метода периметрии с удвоенной пространственной частотой (FDT периметрия). Все сравниваемые периметры, помимо скрининговых программ, имеют пороговые тесты, кроме периграфа Периком, который относится к надпороговым периметрам. Каждому пациенту выполняли морфометрическую оценку состояния диска зрительного нерва с помощью оптического когерентного томографа 3D OCT RTVue - 100.

Результаты. Для сравнения данных 4 методов КП выбрали программы, близкие по площади исследуемого центрального поля зрения (ЦПЗ) к пороговой программе «24-2» «золотого» стандарта периметрии – периметра HFA. Так, для периметра Tomey выбрали пороговый тест «Central 22», исследующий ЦПЗ в 22° от точки фиксации. Для периграфа Периком выбрали программу, тестирующую ЦПЗ в 25° от точки фиксации. FDT периметрия исследует ЦПЗ в 20° от точки фиксации. Но по количеству исследуемых точек все программы значительно отличались между собой: 56 точек для анализатора поля зрения HFA, 96 - для периметра Tomey и 128 точек для периграфа Периком. С целью получения корректных результатов ЦПЗ, исследуемое на периметрах HFA II, Tomey и Периком, было разделено на 16 квадратов, каждый размером 10°×10° поля зрения, аналогичных при исследовании FDT периметрией. Таким образом, мы оценивали количество и локализацию квадратов со скотомами, выявленных в ЦПЗ каждым из 4 методов КП.

Выводы. 1. Данные FDT периметрии, не уступая по уровню чувствительности (84 и 81% соответственно) результатам периметра HFA, показали самый высокий уровень специфичности (96 и 79% соответственно), наименьшую вариабельность повторных результатов и минимальное время тестирования (1,9 мин.).

2. Результаты периметров Периком и Tomey имели более низкие уровни чувствительности (76% и 74% соответственно) и специфичности (88% и 71% соответственно), а исследования оказались самыми длительными по времени (9,4 и 9,1 мин.).

3. FDT периметрия оказалась самой простой и комфортной при выполнении для испытуемых, остальные методы КП были более сложными для понимания и реализации.

Сиващенко П.П., Аксенова В.П., Борисов Д.Н.

НАУЧНО - МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Полноценное питание является важнейшей фактором как для поддержания здоровья и высокой работоспособности, а также восстановления после перенесенных заболеваний, травм, ранений и оперативных вмешательств. В этой связи необходимость правильно и оперативно оценить количественный и качественный состав рационов питания на основании данных о содержании пищевых веществ в продуктах является одной из актуальных задач для представителей различных врачебных специальностей, спортсменов, а также для большой группы лиц, стремящихся вести здоровый образ жизни. Следует отметить, что алгоритм расчета вышеуказанных показателей достаточно трудоемок, что зачастую делает сам расчет показателей малопригодным в условиях дефицита времени. Между тем, с внедрением информационных технологий, появилась возможность автоматизировать сам процесс расчета.

В приложении MSExcel 2013 был разработан алгоритм расчета химического состава и энергетической ценности набора продуктов, который позволил получить полную характеристику пайка или рациона практически по всем основным пищевым компонентам, а именно: содержание белков и их аминокислотный состав (с определением аминокислотного скора), содержание углеводов (суммарное, моно- и дисахаридов, крахмала, пищевых волокон), жиров (насыщенных, моно-и полиненасыщенных жирных кислот, холестерина), водо- и жирорастворимых витаминов и макро- и микроэлементов.

При формировании базы данных использованы руководство по составу российских продуктов питания, разработанное Институтом питания РАН, а также данные USDA National Nutrient Database for Standard Reference .

Все данные по продуктам разделены на 10 групп: молочные продукты, сыры, мясные продукты, рыбные продукты, жировые продукты, зерновые продукты, бобовые, орехи овощи, фрукты, кондитерские изделия. Всего в базе находится более 650 видов продуктов.

Алгоритм работы по расчету рационов доступен любому пользователю, знакомому с приложением MSExcel. Время расчета при использовании приложения снизилось в 5 – 10 раз.

Результаты расчета сопоставляются с нормами, представленными в руководящих документах, регламентирующих набор продуктов, предназначенного для питания данного контингента. Кроме того необходимо учесть ряд факторов (сроки хранения, правильность кулинарной обработки и многое другое) для установления реальной обеспеченности пищевыми веществами. Правильная и глубокая интерпретация полученных данных должна осуществляться врачом, имеющим специальную подготовку или с его помощью.

Применение алгоритма расчета химического состава и энергетической ценности рационов открывает возможность их оперативной коррекции, с учетом индивидуальных пищевых предпочтений и ограничений, связанных с религиозными или иными причинами.

Таким образом, использование современных информационных технологий при оценке пищевой ценности рационов и адекватности их качественных и количественных характеристик потребностям организма позволяет вносить коррективы и оптимизировать пищевые рационы как применительно к группам однородного состава по профессиональным, возрастным, гендерным и другим показателям, так и в группах, различающихся по этим показателям, но объединенных организацией питания (в госпиталях, санаториях, пансионатах и пр).

Сиващенко П.П., Ефремов А.А., Сыроежкин Ф.А.

СЕКТОРАЛЬНЫЙ ВИД ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНДЕКСА СООТНОШЕНИЯ ДОЛЕЙ ДЛЯ АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В настоящее время при анализе органом управления состояния здоровья военнослужащих, проходящих службу в подразделениях различного уровня (ПРУ), используются показатели уровня и структуры общей и первичной заболеваемости (ПЗ), заболеваемости с госпитализацией (ГЗ), трудопотерь (ТР), увольняемости (УВ) и смертности (СМ). При этом все вышеперечисленные показатели, рассмотренные по отдельности, вследствие визуальных возможностей восприятия не обеспечивают возможность их быстрого количественного сопоставления для ПРУ и соответственно не позволяют сделать вывод об имеющихся рисках здоровью военнослужащих.

Так, причиной небольшого снижения уровня ПЗ, на фоне увеличения уровня СМ в ПРУ может быть стохастическое варьирование показателей. Но, при больших разнонаправленных изменениях уровнях СМ и ПЗ, причина может быть скрыта в особенности прохождения службы. Отрыв части военнослужащих ПРУ от мест дислокации может привести к запаздыванию медицинской помощи, что, в конечном счете, может обусловить более частое попадание в медицинские роты больных уже с тяжелыми случаями заболеваний, несвоевременности их лечения и, как следствие, – повышенный уровень СМ.

Определение границ допустимого и недопустимого изменения отношений ГЗ, ТР, УВ, СМ, ПЗ быть выполнено с привлечением математического аппарата.

В качестве такого математического аппарата, был предложен метод определения индекса соотношения долей (ИСД): процентного отношения уровня ГЗ, ТР, УВ, СМ к уровняю ПЗ того или иного ПРУ к таким же показателям за все ПРУ (Сиващенко П.П., Иванов В.В., Григорьев С.Г., Барановский А.М., 2013). Выраженный графически (в виде гистограмм с накоплением) ИСД позволяет количественно определить, насколько снижение одного показателя (в нашем случае уровня ПЗ), синхронно с повышением второго (уровня СМ).

Дальнейшая проработка возможностей визуализации этих данных показала, что на графиках и гистограммах аналитических материалов рядом с уровнем ПЗ – показателем, традиционно используемого для анализа состояния здоровья и эффективности деятельности медицинской службы – построение гистограмм с накоплением ИСД существенно затрудняет воспринимаемость медицинской информации (появляется новый график, который отвлекает внимание).

Поэтому был предложен способ представления ИСД не в виде гистограммы с накоплением, а в виде секторальной диаграммы малых размеров. Поставленная таким образом секторная диаграмма над графиками и столбцами гистограмм, указывающими на уровень ПЗ, с одной стороны не затрудняет их количественное восприятие, а с другой стороны наглядно укажет на расхождения ИСД для данного ПРУ.

Натурное моделирование показало, что такое представление ИСД, позволяет выполнить целевой анализ существенности расхождения показателей (в нашем случае уровня ПЗ с СМ), а также способствовать принятию своевременных управленческих воздействий органом управления в медицинской службе ВС РФ.

Сиващенко П.П., Кузин А.А., Гончаренко А.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ SF-36 ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮПНЕВМОНИЮ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Проблема достаточности госпитального лечения военнослужащих, перенесших тяжелые заболевания, остается актуальной: зачастую у военнослужащихпосле проведенного стационарного лечения возникают осложнения. Это в полной мере касается лечения внебольничных пневмоний. Такое положение дел сложилось, в том числе и по причине отсутствия практики использования чувствительных и избирательных методов оценки восстановления здоровья военнослужащих после перенесенныхболезней. Между тем, что за рубежом и в нашей стране в последнее время для определения качества оказания медицинской помощи и качества проведенного лечения используется методика оценки качества жизни SF-36.

Эта методика легко выполнима, но в то же время позволяет оценить показатели восстановления здоровья по восьми шкалам и после болезни и сохранения ограничений физической активности, физического функционирования, дискомфорта в связи с болевым синдромом, ухудшение общего самочувствия, снижения чувства наполненности организма жизненными силами, ограничений психологических функцийи психического здоровья.

Эффективность и достаточность проведенного лечения в военном госпитале и реабилитации в медицинской роте проверена на военнослужащих, проходящих службу по призыву в Выборгском гарнизоне. В качестве модели был выбран процесс лечения и реабилитации острых пневмоний. В основную группу вошли169 военнослужащих, прошедших курс лечения в гарнизонном госпитале и реабилитацию в медицинской роте в связи с развитием у них острой пневмонии. Группу сравнения составили военнослужащие из этих подразделений (76 военнослужащих). .

В результате исследования было установлено, что военнослужащие, проходящие службу по призыву, после стационарного лечения острых пневмоний не полностью восстанавливают состояние своего здоровья. Так, уровень ролевого физического функционирования у переболевших пневмонией после лечения и реабилитации составил 84,3±4,7%, что на 12,1% меньшепри $p<0.05$, чем у здоровых военнослужащих, у которых величина показателя – 94,6±4,1%. Общее самочувствие у переболевших военнослужащих на 12,7% хуже, чем у здоровых. Величина показателя у переболевших – 78,7±2,9%, в то время как в группе здоровых – 91,4±2,5%. Различия статистически значимы при $p<0.05$. Желание социальных контактов у переболевших снижено на 7,8% (основная группа – 84,6±2,8%, группа сравнения – 92,9±2,8%). Восстановление работоспособности, нарушенной вследствие психических причин, определяется только на уровне 88,4 ±3,8%, в то время, как в группе здоровых военнослужащих этот показатель был на 9% выше и составлял 97,4±3,4% ($p<0.05$). Восстановление психического здоровья определялось только до уровня 72,5±2,8%, в то время как у здоровых военнослужащих этот показатель на 13,5% выше и составлял 86,0±2,5% ($p<0.05$).Полное восстановление показателей определялось только после 2-3 месяцев.

В этой связи видится, что военнослужащие, проходящих службу по призыву после перенесенных острых пневмоний при выписке в подразделения и прохождения реабилитации при части еще несколько месяцевбудут испытывать трудности в выполнении своих должностных обязанностей.

Это обстоятельство с одной стороны указывает на необходимость внесения коррективы в процесс лечения и реабилитации военнослужащих по призыву после перенесенных острых пневмоний, а с другой – рассмотрения возможности использования методики SF-36 в диагностике военного здравоохранения применительно к оценке эффективности стационарного лечения военнослужащих.

Синдицкая Н.Н., Железняк С.Г.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ В ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Клинико-экспертная работа состоит из нескольких основных составляющих.

- Организация работы врачебной комиссии в соответствии с нормативными документами и определением ответственных лиц учрежденческими приказами.

- Оформление направлений в Бюро медико-социальной экспертизы определенное Приказом МЗ и Соцразвития РФ от 31.01.2007 № 77 (утвержденная ф-088/у-06), в соответствии с постановлением Правительства РФ от 20.02.2006г № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»

- Проведение контрольно - экспертной работы. Контроль осуществляют: заведующие отделениями, заместители начальников учреждений по клинико-экспертной работе, врачебные комиссии посредством лечебно-диагностических стандартов, используемых при производстве экспертизы временной нетрудоспособности. Проведение оценки обоснованности выдачи, продления листков нетрудоспособности, а так же проведение экспертизы качества оформления медицинской документации лечащими врачами: при первичной выдаче листка нетрудоспособности, при его продлении и по законченным случаям заболеваний.

- Организация повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности в виде проведения семинаров, врачебных конференций, экзаменов, с решением ситуационных задач по экспертизе временной нетрудоспособности;

- Анализировать заболеваемость с временной утратой трудоспособности, определять способы ее снижения. Внедрять новые методы лечения, осуществлять преемственность при производстве экспертизы временной нетрудоспособности между стационарами и военно-лечебными учреждениями для оказания медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в соответствии с Приказом МЗ РФ № 02-08/10-1977П от 21.08.2000г «Ориентировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах» (в соответствии с МКБ-10). Учитывать индивидуальные особенности организма.

Основными факторами, влияющими на качество экспертизы временной нетрудоспособности и клинико-экспертной работы являются:

- наличие эффективной системы планирования организации контроля и своевременной коррекции выполнения мероприятий, касающихся клинико-экспертной работы;

- наличие и выполнение лечебно-диагностических стандартов при производстве ЭВН;

- уровень квалификации врачей по вопросам ЭВН, четкое распределение функциональных обязанностей между должностными лицами и определение меры их ответственности за обеспечение качества экспертизы временной нетрудоспособности.

- наличие эффективной системы контроля оформления и ведения медицинской документации на разных этапах проводимых экспертиз.

Для достоверности статистических данных, определения экспертной оценки качества лечебно-диагностического процесса, необходимо создание автоматизированного учета сведений по экспертизе временной нетрудоспособности и клинико-экспертной работе.

Скулябин Д.И.[1], Одинак М.М. [1], Лапин С.В. [2], Булгакова Т.В. [2], Колчев А.И. [3], Колчев С.А.[3], Васильева Ю.А. [5], Тотолян Н.А. [4], Литвиненко И.В. [1]

АУТОИММУННЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

[1] г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней,[2]г. Санкт-Петербург, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, НМЦ по Молекулярной Медицине, НИЛ диагностики аутоиммунных заболеваний, [3] г. Санкт-Петербург, Городской психоневрологический диспансер №7, [4]г. Санкт-Петербург, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, кафедра нервных болезней, [5]г. Санкт-Петербург, Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина

Проблема аутоиммунных энцефалитов недостаточно полно освящена в отечественной литературе.

Цель исследования: выделить и описать клинические особенности различных паранеопластических неврологических синдромов (ПаНС) среди пациентов российской популяции в г. Санкт-Петербурге.

Материал и методы: первоначально было отобрано 13 пациентов, из которых 9 соответствовало критериям включения. Пациенты были разделены на две группы ПаНС – энцефаломиелит (6 пациентов) и лимбический энцефалит (3 пациента). Проведен анализ возрастных и гендерных различий, неврологических и психопатологических синдромов и симптомов, данных МРТ головного мозга, лабораторных анализов, включая исследование крови на антитела к эпитопам NMDA рецептора и достоверным онконейрональным антителам.

Результаты: у пациентов с энцефаломиелитом не отмечалось гендерных различий, среди пациентов с лимбическим энцефалитом были только женщины. Средний возраст пациентов с лимбическим энцефалитом был достоверно ниже (29,0±5,2 лет), чем по данным литературы (57,8±11,8 лет). В обеих группах выявлены с одинаковой частотой (33%)встречались аффективный синдром с дополнениями бредовой и кататонической симптоматики. Среди неврологических синдромов общемозговой, псевдобульбарный, эпилептический синдромы, центральная гипертермия, нарушения кратковременной памяти встречались у пациентов с энцефаломиелитом, а у пациентов с лимбическим энцефалитом – эпилептический синдром, центральная гипертермия, нарушения кратковременной памяти. Для пациентов с энцефаломиелитом были более характерны также нарушения речи, преходящие центральные парезы, гиперкинезы, корковые нарушения чувствительности. Вегетативные расстройства были представлены нарушениями дыхания с гиповентиляцией. У 1 пациента отмечалось количественное угнетение сознания до комы. В группе энцефаломиелита наличие антител к эпитопам NMDA рецептора выявлено у 1 пациента. У пациентов с лимбическим энцефалитом не выявлено признаков интратекального аутоиммунного воспаления и положительных результатов на маркеры аутоиммунного энцефалита. Анализ МРТ головного мозга показал отсутствие грубых структурных изменений в головном мозге и специфических МРТ- признаков у пациентов с энцефаломиелитом. У пациентов с лимбическим энцефалитом на Т2- и FLAIR аксиальных последовательностях на уровне среднего мозга выявлены симметричные изменения интенсивности МР-сигнала локального характера только в области гиппокампальных извилин.

Выводы: описаны первые клинические наблюдения пациентов с аутоиммунным энцефалитом, дана их клиническая, иммунологическая и рентгенологическая характеристики.

Слободяник В.А., Дауранов Б.Б., Железняк С.Г.

ПРОБЛЕМА ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОЕННЫМИ МЕЖДУ ПОЛИКЛИНИКАМИ И СТАЦИОНАРНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Одной из острых проблем в работе подразделений и учреждений медицинской службы ВС РФ является недостаточная преемственность в обследовании и лечении больных между военно-медицинскими организациями, оказывающими медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях стационара (далее поликлиники и стационары). Вопрос преемственности является особенно актуальным в связи с тем, что подавляющее большинство из контингентов, прикрепленных к военно-медицинским организациям, имеют возможность получать медицинскую помощь по программам ОМС в лечебных учреждениях Министерства здравоохранения РФ по месту жительства.

Наиболее часто проблемы взаимодействия поликлиник и стационаров проявляются на следующих этапах:

- на догоспитальном этапе (при госпитализации больного);
- в период нахождения больного в стационаре;
- после выписки больного из стационара.

На догоспитальном этапе в стационар наиболее проблемными вопросами преемственности являются:

отсутствие согласованности действий врачей поликлиник и стационаров при подготовке пациента к плановой госпитализации;

несвоевременная госпитализация;

направление на госпитализацию пациентов, не нуждающихся в ней;

несовпадение диагнозов между поликлиникой и стационаром.

При этомвыявляются случаи, когда на плановую госпитализацию направляют больных, не в полной мере обследованных в амбулаторных условиях. Объем диагностических исследований, рекомендованных пациентам перед госпитализацией, часто, не учитывает возможности поликлиник, затягивает подготовительный период и, в основном, дублируется в стационаре.

На этапе лечения больного в стационаре особенно актуален вопрос построения системы обратной связи между стационаром и поликлиникой. Часто, у врачей поликлиники отсутствует оперативная информация о госпитализации пациентов, о недостатках и дефектах догоспитального этапа, выявленных в стационаре. Отсутствует также оперативная информация врачей поликлиник об оказанной медицинской помощи и рекомендациях по ведению больного после выписки из стационара.

На этапе после выписки больного из стационарного учреждения наиболее часто возникают противоречия, особенно в отношении льготного контингента, когда рекомендации врачей стационаров пациентам при выписке не всегда согласуются с реальными возможностями поликлиник по их выполнению а, в некоторых случаях, расходятся с документами регламентирующих деятельность поликлиник.

Внедрение в практику в Военно-медицинской академии МАИС «Эрмедис», обеспечивающей информационную поддержку при принятии диагностических, лечебных, прогностических и организационных решений, в значительной степени снижая остроту вопроса преемственности между Консультативно-диагностическим центром (КДЦ) и клиниками академии в отношении прикрепленного к КДЦ контингента.

Для контингентов, прикрепленных на медицинское обеспечение к другим военно-медицинским организациям проблема преемственности в обследовании и лечении больных между военными поликлиниками и стационарными учреждениями остается острой и актуальной, поскольку единая медицинская аналитическая информационная система в ВС РФ отсутствует.

СмиренинС.В., КесаеваИ.В., БиниенкоМ.А.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». г. Санкт-Петербург

Целью исследования являлось изучение результатов применения методики лечения отрицательным давлением (NPWT) у пациентов с трофическими венозными язвами (ТВЯ).

Материал и методы. Изучены результаты лечения у 10 пациентов с варикозной болезнью, осложненной хронической венозной недостаточностью (ХВН) 3 стадии, трофической язвой (ТЯ) голени (по классификации В.С. Савельева, 1983 г.). Средний возраст составил 76,3 лет. Применялась NPWT (Аппарат VIVANO «Хартманн») в сочетании с комплексным консервативным медикаментозным лечением. Все пациенты имели одну трофическую язву голени (как правило, в области медиальной лодыжки). Площадь язвы составляла 0,5 – 1% (по «правилу ладони»). На момент поступления в стационар все язвы находились в фазе воспаления. В исследование не включались пациенты с хронической органной недостаточностью в стадии обострения или декомпенсации, пациенты с сочетанной артериально-венозной недостаточностью, а также пациенты с перивульнарным дерматитом.

Всем больным при первой перевязке выполнялись бакпосевы. Преобладали грамположительные кокки: Staphylococcusspp. – 56.8% (из них S.aureus – 35.7%). Затем следовали представители Enterobacteriacaespp. – 16,1% (E.coli, Klebsiellaspp., Pseudomonasspp.). Ассоциации микроорганизмов выявлялись примерно в половине высевов. Степень бактериальной обсеменённости составляла 10^5 – 10^8. Антибактериальную терапию начинали с комбинации ципрофлоксацин + метрогил. После получения результатов посевов проводили соответствующую коррекцию.

Всем пациентам вначале проводилась хирургическая обработка язвы (как правило, в условиях перевязочной). Затем применялась NPWT в постоянном (Р=110 – 120 мм рт. ст.) или переменном (Р=35 – 110 мм рт. ст.) режиме. Постоянный режим применён у 6 пациентов, переменный – у 4-х. Смену повязок проводили через 2 – 4 суток. При смене повязок выполнялась, при необходимости, повторная хирургическая обработка.

Критериями очищения язвы были: наличие ровной раневой поверхности, покрытой мелкозернистыми грануляциями ярко красного цвета, отсутствие очагов вторичных некрозов в дне язвы, отсутствие перивульнарного отёка, раневой экссудат прозрачный серозный в небольшом количестве. После достижения указанных критериев части пациентов (n=6) была проведена свободная кожная пластика расщеплённым кожным лоскутом.

Результаты лечения. Время, необходимое для подготовки к аутодермопластике в исследуемой группе составило 11,2 ±1,9 дней.

Выводы. Применение терапии отрицательным давлением (NPWT) для очищения трофических венозных язв позволяет достичь поставленной задачи в более короткие сроки.

Смирнова О.С., Киреева Е.Б., Каримова А.М., Антонюк Т.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

В настоящее время для диагностики остеопороза используются преимущественно неинвазивные методы, которые доступны, безопасны и могут повторяться многократно.

С целью ранней диагностики остеопороза применяются различные технологии, объединенные под общим названием «костная денситометрия», с ее помощью можно определить минимальную плотность костной ткани (МПК), являющуюся главным критерием

прочности кости. В настоящее время выделяют четыре типа и два подтипа технологий для измерения МПК:
моноэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (SXA);
биоэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA), включая периферическую DXA (pDXA);
радиографическая абсорбциометрия (RA);
количественная компьютерная томография (QCT), включая периферическую QCT (pQCT).

Основные недостатки компьютерно-томографических исследований на аппаратуре общего назначения связаны с трудностями при исследованиях мелких костей вследствие так называемого «эффекта парциальных объёмов» и с относительно большой суммарной лучевой нагрузкой при длительных динамических наблюдениях.

Аппаратура данного класса предназначена в основном для исследования мягких тканей, многофункциональна, сложна в эксплуатации, требует длительной подготовки врачей и других специалистов, специальных помещений и отличается высокой стоимостью.

Наиболее универсальным является применение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) – метод сочетает в себе высокую чувствительность и специфичность, точность и низкую ошибку воспроизводимости, минимальную дозу облучения и быстроту исследования, позволяющий измерять содержание костного минерала в любом участке скелета, а также определять содержание солей кальция, жира и мышечной массы во всем организме.

Рентгенологическая денситометрия, таким образом, является "золотым стандартом" оценки минеральной плотности костной ткани, самым информативным способом диагностики остеопороза на ранних стадиях развития, доступность которой должна быть открыта каждому лечащему врачу для диагностики и динамического ведения больных с патологией, связанной с нарушениями костной минерализации. Метод является безопасным, т.к., несет малую рентгеновскую нагрузку и может проводится в присутствии мед. персонала.

Сокол Л.Ю.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОМОПРОСЕ ПАЦИЕНТОВВ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Составной частью внутреннего контроля качества медицинской помощи (КМП) в военно-медицинских организациях является изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.

В консультативно-диагностическом центре (КДЦ) ВМедА социологические исследования для изучения качества медицинской помощи (КМП) проводятся методом анкетирования и социологических опросов пациентов.В 2010-2015 г.г. в 90-91% анкет пациенты указывали, что они «полностью удовлетворены» полученной медицинской помощью. 9-10% опрошенных указывали, что удовлетворены полученной медицинской помощью «частично».

Среди прочих замечаний и предложений в анкетах и при социологических опросах пациенты указывали, что времени на их прием выделяется недостаточно. Из-за этого они не всегда были удовлетворены объемом полученной от врача информации о своем заболевании, о выявленных при проведении обследования изменениях, о сути назначенного лечения, его ожидаемой эффективности, безопасности и возможных осложнениях.

По результатам опросов нами проведен анализ, который показал, что за время, отведенное на прием одного амбулаторного пациента (в среднем 15 минут), трудно

выполнить все существующие для амбулаторного приема требования. Кним, среди прочих, относятся получение информированного согласия, сбор жалоб и анамнеза, осмотр, запись жалоб, анамнеза и результатов осмотра, интерпретация результатов исследований, записи диагноза и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению, характеру питания и допустимых нагрузках. Следует также объяснить пациенту о сути болезни, назначенного лечения, о режиме приема медикаментов и о самоконтроле за безопасностью лечения. Необходимо также выписать рецепты, произвести записи в журналах амбулаторного приема.Поэтому целесообразно провести официальный хронометраж для выработки оптимального, объективно обоснованного времени на прием 1-го амбулаторного пациента.

Анализ социологического опроса пациентов свидетельствовал также о том, что наряду с экспертизой КМП должно подвергаться экспертной оценке качество условий, в которых оказывается амбулаторная медицинская помощь.

Целесообразна выработка научно обоснованного коэффициента соотношения «качество медицинской помощи / качество условий оказания амбулаторной помощи», что позволит объективно оценить качество работы врачей и среднего медицинского персонала амбулаторных подразделений.

Соколов В.А., Гусев М.Ю., Якимов Д.А.

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФЕССОРА ОРЛОВА А.Н. К ПРЕДСТОЯЗЕМУ 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ УЧЕНОГО

Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

22 марта 2017 года исполняется 100 лет со дня рождения профессора Орлова Алексея Николаевича (1917-2003), полковник мед. службы (1965), доктора мед. наук (1967), профессора (1970), лауреат Государственной премии СССР (1984), руководителя кафедры термической поражений ВМедА им. С.М. Кирова (1972-1975). Приоритетные темы его научных интересов были связаны с изучением вопросов ожоговой инфекции, раневой патологии, оперативного лечения глубоких ожогов, электротравмы и других разделов термических поражений. В настоящее время в Фундаментальной библиотеке Военно-Медицинской академии находятся следующие авторские работы: Орлов А.Н. Лечение ожогов с применением антибиотиков. Л., 1956. 14 с.

Орлов А.Н. Значение антибиотиков при лечении термических ожогов. Дисс. на соискание учен. степени канд. мед. Наук. Т. 1-2. Л., Воен.-мед. ордена Ленина акад. им. С.М. Кирова Кафедра. госпитальной хирургии. 1958. Т. 1. [2] с илл. Библиогр. С. 191-217.

Орлов А.Н. Значение антибиотиков при лечении термических ожогов. Автореферат дисс. на соискание учен. степени кандидата мед. наук Л., 1958. – 12 с.

Орлов А.Н. Применение новых антибиотиков при ожогах. Отчёт № 122. 1962 [на перв.1962.], 11 л.

Орлов А.Н. Желудочно – кишечные кровотечения у обожжённых. Отчёт № 288, Л., 1963. 13 л.

Орлов А.Н. Клиническая патология и лечение ожогов в период инфекции. Отчёт №171.,[Л.,1965.] 17 с.

Орлов А.Н. Второй период ожоговой болезни (Клиника, патогенез, лечение). Дисс. на соискание учен. степени доктора мед. наук Т. 1-2. Л., Воен.-мед. ордена Ленина акад. им. С.М. Кирова. Из кафедры термических поражений. 1966. Т. 1. [2]с илл. – 611 л. Библиогр. С. 512-586.

Орлов А.Н. Второй период ожоговой болезни (Клиника, патогенез, лечение). Автореферат дисс. на соискание учен. степени доктора мед. наук Л., 1966. – 22 с.

Орлов А.Н. Хирургические осложнения в период ожоговой инфекции. Отчёт по теме №136, 1967. 14 л.

Орлов А.Н. Артриты при ожогах. Отчёт по теме № 131. Л.,1969. 22 л.

Орлов А.Н., Краснопевцева О.С., Катрушенко Р.Н. Общая инфекция при ожогах. Отчёт по теме №70 . Л., 1971. – 29 с.

Орлов А.Н. Ожоговая инфекция. Л., «Медицина», Ленинград отд., 1973. С илл. 198 с. Список. лит-ры.: с. 190-196.

Орлов А.Н. Применение стафилококкового анатоксина для лечения и профилактики инфекционных осложнений у обожжённых. Отчёт по теме № 171-173. 18 с.

Орлов А.Н. Термические поражения. Учеб. пособие. Л.,1975.

Орлов А.Н. Электротравма. Л., «Медицина», Ленинградское отделение,1977. – 152 с. с илл. Список лит.: С. 143-151.

Их исследования позволят ученым не только получить достоверную информацию о состоянии изучаемой проблемы во второй половине XX века, но и найти корректное изложение результатов выполненных исследований, избежать неточностей и ошибок присутствующих на многих интернет-сайтах.

Соколов В.А., Самарев А.В., Гусев М.Ю.

АКУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (2015-2016ГГ.)ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Применение стволовых клеток (СК) в качестве одного из ключевых компонентов современных биомедицинских технологий является перспективным научным направлением. Его целью является разработка принципиально новых и совершенствование имеющихся методов лечения ран различных этиологий и их последствий. В научной литературе регулярно публикуются результаты исследований по различным актуальным вопросам данной медицинской проблемы. Одни из них представляют системный обзор литературы об истории открытия мезенхимальных СК, современным и перспективным направлениям их использования в лечебной практике (Murray I.R., Péault B., 2015). Другие – посвящены прикладным аспектам. Например, группа ученых под руководством E. Raposio из университета г. Парма (Италия) в 2016 году представила сравнительный анализ методов получения СК из жировой ткани.

Динамику раневого процесса глубоких ожогов у мышей при лечении с применением СК в своей публикации описал коллектив авторов под руководством S. Loderиз UniversityofMichigan, США, (2015).

Вопросы биологии СК, их эволюцию, оптимальную терапевтическую дозировку применения в случаях местного лечения термической травмы, причины расхождений в результатах работ с животными, наиболее рациональные сроки и способы их введения изучили в оригинальном исследовании S.Ozturk и H. Karagoz из Gulhane Military Medical Academy, Турция, (2015).

Сравнительный анализ влияния СКи различных модификаций покрытий, содержащих в качестве основы фибриновый матрикс, на репаративные процессы в ране в эксперименте на лабораторных животных (крысах альбиносах Вистар) выполнил объединенный коллектив

исследователей, работающих в нескольких клиниках и университетах Турции (M.A. Ozpuret. al., 2016).

Новые возможности как терапевтического, так и хирургического лечения пролежней привели в своей работе S. Bhattacharya и R.K. Mishra (2015) из SIPS и Sahara Hospital, Lucknow, Uttar Pradesh, Индия.

В какой степени мезенхимальные стволовые клетки (МСК) способны предотвратить лучевые поражения кожи, их влияние на состояние микроциркуляции кожи и подлежащих тканей –описаны в работе S. Öksüz с соавторами (2015).

Насколько эффективно применение СК в сравнении и в сочетании с различными компонентами тканевой инженерии лечения рубцовых деформация в местах локализации ожогов обсудила группа ученых из ряда лечебных и научных учреждений Голландии под руководством P.P.M.van Zuijlen (2016).

Таким образом, представленные материалы о том, что различные аспекты применения СК активно изучают как в экспериментальных, так и в клинических условиях. Причем интерес к указанной научной проблемы проявляют представители как гражданского, так и военного здравоохранения.

Соколов В.А., Чмырев И.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ

Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

С целью совершенствования методики преподавания цикла «Термические поражения» проводили опрос обучающихся. В письменной форме просили ответить на два вопроса: 1. Что им понравилось в учебном процессе (1-я группа - положительные ответы) 2. Какие они отмечают недостатки (2-я группа отрицательные ответы). Опрос проводили анонимно.

С 2012 года было изучено 453 ответа, из которых - 321 положительных (первая группа), а - 132 отрицательных отзыва (вторая группа). В первой группе наиболее часто обучающиеся отмечали: активное вовлечение обучающихся в повседневную клиническую работу кафедры, самостоятельную работу с больными в перевязочных, включение в состав хирургических бригад, ротацию по отделениям и возможность ознакомиться со всем контингентом больных, находящихся на лечении – 112 (34,9%); доброжелательное отношение к обучающимся со стороны преподавателей и медицинского персонала клиники 66 (20,6%); хорошую организацию учебного процесса, удачное сочетание теории и практики, изучение темы занятия на примере конкретных больных, с учетом динамики их состояния сбалансированная по содержанию программа цикла – 44(13,7%); проведение подробного разбора поступивших в клинику по скорой помощи больных и презентации наиболее тяжело пострадавших пациентов с учетом динамики их состояния -35(10,9%); высокий уровень подготовки преподавателей, доступность изложения сложных учебных вопросов, четкое и конкретное изложение темы занятия – 34(10,6%); мультимедийное сопровождение конференций и клинических демонстраций, обширный иллюстративный материал - 17(5,3%); комплексный разбор темы с учетом знаний по смежным дисциплинам – 12 (3,7%); хорошие бытовые условия на кафедре - 1(0,3%).

Во второй группе (132) распределение отзывов обучающихся было следующим: периодический подъем грунтовых вод в помещении учебного класса – 63(47,7%); большие по численности учебные группы, короткие перерывы между занятиями, не всегда подробно комментируются происходящие в перевязочной мероприятия разбираются вопросы

отдельных учебных тем, зачастую в перевязочной отсутствуют хирургические перчаток маленьких размеров – 12(9,1%); чрезмерно строгое отношение ряда лиц среднего и младшего медицинского персонала клиники к обучающимся - 10(7,6%); очень короткий цикл – 9(6,8%); старые таблицы и схемы – 8(6,8%); жесткое требование преподавателей кафедры к 100% посещаемости занятий, прибытию на кафедру в военной форме одежды – 6(4,5%); нет буфета для питания обучающихся и автомата по продажи горячего кофе – 5(3,8%); суровые требования к отработкам, не нравиться написание рефератов как одной из форм отработки - 4(3,0%); необходимость отрабатывать опоздания на занятия, их пропуски, текущие наряды - 3(%); на утренних конференциях не демонстрируются фотографий поступивших больных – 3(2,3%); не все желающие попадают в состав хирургических бригад - 3(2,3%); нет трансляций из операционной в режиме реального времени, нет точки доступа к wi-fi – 2(1,5%); не кафедре нет интернатуры и ординатуры – 2(1,5%); отсутствие занятий в ожоговом центре НИИ Скорой помощи - 1(0,8%); не всегда пускают в чистую операционную 1(0,8%).

Результаты анкетирования тщательно анализируются руководством кафедры и доводятся до командования Академии. Они дополняют проводимую профессорско-преподавательским составом работу по выявлению существующих недостатков в организации учебного процесса и принятию действенных мер по их устранению.

Соколов В.А., Чмырев И.В., Самарев А.В, Гусев М.Ю., Кабанов П.А.,

ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ СОЗДАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ – ОСНОВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА

Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Современная историческая наука считает, что одним из первых медицинских документов является древнеегипетский папирус, создание которого относится ориентировочно к 3000-1500 годам до нашей эры [Соколов В.А., ссоавт. 2015; StiefelM., et. al., 2006;PećanacM.,et. al., 2013]. Но точно установлено, что в период 1860 – 1862 годов Эдвин Смит (EdwinSmith)приобрел его случайно у жителя египетского города Луксор которого звали Мустафа-Ага (AttaH.M. 1999). Документ состоял из 17 колонок в которых описаны 48 случаев травматических повреждений костей черепа, мозга, шейных позвонков, ключиц, предплечья, грудной клетки и позвоночного столба, каждый с описанием физического обследования, лечения и прогноза [KampM.A., et. al., 2012.].

В последующие столетия, благодаря развитию цивилизаций, науки, письменности шел постоянный процесс накопления и сохранения лечебных знаний для их последующего использования в лечебных и дидактических целях (Doyle-LindrudS. 2015.). Однако, лишь в первой половине XIX века были разработаны прообразы современной медицинской документации. Их апробировали в ряде клиник Парижа, Берлина и в крупных больницах США (GillumR.F. 2013.).

Первоначально, они представляли записи, предложенные в качестве учебных атрибутов в процессе подготовки студентов-медиков. Например, в начале 1880-х годов, в одной из клиник Нью-Йорка будущие доктора их вели в произвольной форме, не придерживаясь каких-либо требований к тем данным, которые необходимо выяснить у больного, а затем записать. Зато, помимо информации об оказываемой медицинской помощи, часто фиксировали данные о личности лечащего врача (SieglerE.L. 2010.).

Но социальное развитие общества, появление рынка платных медицинских услуг существенно изменило ситуацию. Так, в 1880-х годах в нескольких странах прошли судебные разбирательства между администрацией лечебных учреждений и представителями

страховых компаний. Поводом стали значительные суммы, предъявляемые к оплате за проведенное лечение. Причем представители клиник не могли сколь-нибудь убедительно доказать свою объективность. В решениях судебных инстанций все чаще использовалась формулировка о «злоупотреблении служебным положением», суд признавал правомерность неоплаты счетов. В итоге, больницы несли существенные финансовые убытки. Неудивительно, что их администрация самым серьезным образом стала относиться к контролю за содержанием, полнотой и тщательностью ведения медицинской документацией. Так, по данным R. F. Gillum (2013) в 1898 году она уже во многом напоминала современные истории болезней. В нее записывали данные о предыдущих заболеваниях, их динамике, жалобах на момент осмотра, истории семьи, вредных привычках, возможности самостоятельного передвижения пациента к постели. Так же фиксировали динамику общего состояния, результаты физических и лабораторных обследований: анализы крови и мочи, полноту выполнения врачебных назначений.

Следует подчеркнуть, что уже в те годы администрация медицинских учреждений, несмотря на возражения лечащих врачей, предпринимала самые решительные действия по контролю за качеством ведения историй болезней. Проблему взаимоотношений между сотрудниками больниц Нью-Йорка уладили лишь к 1910 году (RosnerD. 1980; SieglerE.L., CohenA.B. 2011.).

СоколовВ.А., ЯкимовД.А., ГусевМ.Ю.

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФЕССОРА ШЕЙНИСА В.Н. К ПРЕДСТОЯЩЕМУ 110-ЛЕТИЮ СО ДНА РОЖДЕНИЯ УЧЕНОГО

Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

10 мая 2017 года исполняется 110 лет со дня рождения профессора Шейниса Вениамина Николаевича (1907—1981), полковника медицинской службы (1955), доктора медицинских наук (1956), профессора (1962), лауреата Государственной премии СССР (1943), старшего преподавателя кафедры термических поражений ВМедА им. С.М. Кирова (1960-1964). В настоящее время в Фундаментальной библиотеке Военно-Медицинской академии находятся его авторские работы: Шейнис В.Н. Хирургическая помощь во французской армии в мировую войну 1914–1918 г. М. Воен-издат., 1938. 148 с.

Шейнис В.Н. О так называемом замерзании человека (и теплокровных вообще) Тезисы к дисс. на степень канд. мед. наук. Л., 1939. 334 с.

Шейнис В.Н. О так называемом замерзании человека (и теплокровных вообще) Дисс. на степень канд. мед. наук. Л., 1939. 334 с. 11 с.

Шейнис В.Н. Замерзание (Общее охлаждение) вопросы патологии и лечения. Под ред. и с предисл. С.С. Гирголава М., Медгиз, 1943. 95 стр.

Шейнис В.Н. Самопомощь и взаимопомощь в боевых условиях. В помощь лектору. М. 1943. 18 с.

Шейнис В.Н. Лечение повреждений пальцев и кисти на войне. М. Медгиз, 1944. 31 с.

Щейнис В.Н. Ларей Доминик Жан. Л.,1946. 10 л.

Гирголав С.С., Шейнис В.Н.Предисловие к русскому изданию Х. Труэта и современная военно-полевая хирургия на Западе. Л.,1946.

Шейнис В.Н. К вопросу об оценке состояния и функции глубоких вен конечностей (метод черезкостномозговой флебографии). Сообщение 1-е. Л., 1949. 23 с.

Шейнис В.Н. К вопросу о диагностике узловатого расширения вен нижних конечностей. Л., 1950. 24 с.

Шейнис В.Н. К вопросу о хирургическом лечении узловатого расширения вен нижних конечностей. Л., 1951. 35 с.

Шейнис В.Н. Роль и учение И.П.Павлова для хирургической практики. Л.,1951., 25 с.

Шейнис В.Н. Иннервация подкожных вен нижних конечностей при узловатом расширении их. (Предварит. сообщ.), Л.,1952. 11 с.

Шейнис В.Н. Омертвение мягких тканей при расстройствах венозного оттока и изменения в иннервации вен. Л., 1952 14 с.

Шейнис В.Н. Узловатое расширение вен нижних конечностей. Дисс. на соискание ученой степени д-ра. мед. наук. Л., 1954. 511 с.

Шейнис В.Н. Узловатое расширение вен нижних конечностей. Реферат дисс. на соискание ученой степени д-ра. мед. наук. Л., 1954. 27 с.

Шейнис В.Н. Узловатое расширение вен нижних конечностей. Лекция. Для слушателей Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. Л., 1954. 28 с.

Шейнис В.Н. К вопросу о взаимодействии лучевой и холодовой травмы.Л.,1956.12 с.

Шейнис В.Н. и др.Этапное лечение поражённых с термическими ожогами. Отчёт. Л., 1961.

Шейнис В.Н. Термические ожоги в зарубежных армиях во 2-й мировой войне. Отчёт № 267. к. пл. Проф. полк. мед. сл. Шейнис В.Н. Л.,1962. 5 л.

Шейнис В.Н. Как предупредить отморожение. /Памятка/. Л. Воен.-мед. Музей., 1964. 15 с.

Майстрах Е.В., Шейнис В.Н. Патогенез и клиника замерзания. Лекция. Л., 1964.

Шейнис В.Н. Критерии распределения ожогов по тяжести. Отчёт №135.Л. 1964. 39 л.

Шейнис В.Н. ред. Ожоги. Патогенез, клиника, лечение. Л., 1965

Шейнис В.Н. Влияние нейроплегии и гипотермии на свёртываемость крови(К вопросу об угрозе тромбоэмболий после потенцированного обезболивания).Сообщение 1. Л.,1967. 16 с.

Майстрах Е.В., Шейнис В.Н. Патогенез и клиника замерзания. (Метод. пособие для курсантов- врачей). [2-е изд.], Л.,1967.

Шейнис В.Н., Райгородецкая С.Г. Вопросы медицинской помощи и лечения ожогов. Библ. указ. Сост.: проф. Шейнис В.Н. и Райгородецкая С.Г. Л.,1974. 33 с.

Их исследования позволят ученым не только получить достоверную информацию о состоянии изучаемой проблемы во второй половине XX века, но и найти корректное изложение результатов выполненных исследований, избежать неточностей и ошибок присутствующих на многих интернет-сайтах.

Солдаткина А.С., Переверзев В.С.

ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ КУРСАНТОВ ВЫСШИХ ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель настоящего клинического исследования состояла в изучении мотивации, уровня знаний и навыков индивидуальной гигиены полости рта у курсантов Военно-медицинской академии (ВМА).

В ходе исследования было проведено анкетирование 120 курсантов мужчин ВМА в возрасте от 19 до 22 лет по вопросам самооценки курсантами уровня их стоматологического здоровья и нуждаемости их в видах стоматологической помощи.

Исследование показало, что при самооценке курсантами уровня их стоматологического здоровья 65 (54,17%) человек считали своё стоматологическое здоровье отличным, 39 (32,5%) – хорошим, 12 (10,0%) чел. – удовлетворительным и 4 (3,33%)

курсанта – неудовлетворительным.При анализе жалоб, с которыми курсанты обращаются за медицинской помощью к врачам-стоматологам, отмечено, что такими причинами являлись: у 58 (48,46%) человек – наличие зубного налёта; у 35 (29,17%) – наличие запаха изо рта; у 23 (19,17%) – кровоточивость десен при чистке зубов, у 2 (1,6%) – зубная боль и у 2 (1,6%) человек – частичная утрата зубов.Из курсантов 27 (22,5%) человек отметили, что нуждаются в отбеливании зубов; 82 (68,4%) чел. – в проведении профилактических мероприятий; 9 (7,5%) чел. – в лечении кариеса и 2 (1,6%) курсанта – в зубном протезировании.Изучение мотивации курсантов в связи с проведением индивидуальной гигиены полости рта установлено, что большинство из них (59 чел., 49,17%) чистят зубы для профилактики кариеса и болезней пародонта, а также для устранения неприятного запаха изо рта (35 чел., 29,17%) и уменьшения кровоточивости дёсен во время чистки зубов (23 чел., 19,17%). Только 3 (2,49%) курсанта указали, что они чистят зубы «для красоты».Большинство курсантов проводило замену зубной щетки на новую зубную щётку 1 раз в три месяца (66 чел., 55,0%), а также 1 раз в шесть месяцев (43 чел., 35,9%). Девять (7,5%) человек указали, что осуществляют замену зубную щётку на новую ежемесячно, а 2 (1,6%) человека – 1 раз в год.Исследование о применении дополнительных средств гигиены и для ухода за полостью рта показало, что большинство из них используют, кроме зубной щётки и зубной пасты, ополаскиватели для полости рта и флоссы (57 чел., 47,5%).

Солдатова Л.Н., Керимханов К.А.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У КУРСАНТОВ ВЫСШИХ ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В ходе работы поведен осмотр 1746 курсантов (1387 мужчин и 359 женщин) ВВУЗ в возрасте от 17 до 25 лет. Для сравнения частоты встречаемости разных зубочелюстных аномалий, проведен осмотр 2854 гражданских лиц (1367 мужчин и 1487 женщин) в возрасте от 17 до 25 лет.

В ходе исследования было установлено, что из 2854 обследованных нами гражданских лиц молодого возраста (17-25 лет) зубочелюстные аномалии выявлены у 2091, что составляет 73,2%. У 1746 курсантов ВВУЗов зубочелюстные аномалии выявлены у 1082, что составляет 61,9%.

В ходе клинического исследования установлено, что среди аномалий положения зубов у мужчин (гражданских лиц) встречались: смещение зубов у 768 (50.3%) чел., диастема - у 228 (39,4%), скученность зубов - у 527 (53,4%), а у женщин: смещение зубов - у 756 (49,7%) чел., диастема - у 352 (60,6%), скученность зубов - у 459 (46,6%). Среди курсантов ВВУЗов установлены следующие показатели распространённости аномалий положения зубов: среди мужчин смещение зубовотмечено у 857 (94,1%) чел., диастема - у 170 (13,0%), скученность зубов - у 527 (91,1%) чел.; среди женщинсмещение зубов диагностировано у 53 (5,8%) человека, диастема - у 25 (1,9%), скученность зубов - у 51(8.8%) человек. Аномалии положения зубов часто встречается среди других видов зубочелюстных, но ввиду того, что они редко встречаются изолированно, процент частоты в общем показателе распространенности зубочелюстных аномалий значительно снижен. Среди аномалий соотношения зубных дуг челюстей наиболее часто у гражданских лиц встречается дистальная окклюзия: у мужчин 697 (55,1%), у женщин - 567 (44,8%). Среди курсантов ВВУЗов дистальная окклюзия встречается у 331(72,9%) у мужчин и 123 (27,1%) у женщин. На втором месте по частоте встречаемости из аномалий соотношения зубных дуг челюстей занимает мезиальный прикус, который диагностирован у гражданских лиц: 77 (62,6%) мужчин и 46 (37,4%) женщин. Среди курсантов ВВУЗовI степень мезиального прикуса

выявлена у 11 (61,1%)мужчин и 7 (38,9%) женщин.II степень этой патологии выявлена только у 1(5.2%) курсанта мужчины.

Открытый прикус выявлен среди гражданских лиц у 114 (5.4%)и у 13 (1.2%) курсантовВВУЗов. I степень открытого прикуса встречается у 55 (60,4%) гражданских лиц мужского пола и 36 (39,6%) чел. женского пола. Вторая степень была выявлена у 12 (57,1%)мужчин и 9 (42,9%) женщин, III степень выраженности открытого прикуса у 1(50%) мужчины и 1 женщины (50,0%). Среди курсантов ВВУЗовIII степень открытого прикуса не встречалась, I степень выявлена у 6(60%) мужчин и 4 (40%) у женщин, IIстепень - у 2(66,6%) мужчин и 1 (33,4%) женщины. Перекрестный прикус диагностирован у 36 (63,1%) гражданских лиц мужского пола и 21 (36,9%) женщины. Среди курсантов ВВУЗ перекрестный прикус диагностирован у 15 (57,6%) мужчин и 11 (42,4%) женщин.

Солдатова Л.Н., Клыпина Г.Н., Симоненко А.А.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, городская стоматологическая поликлиника № 29

По данным экспертов UNFPA (фонда ООН в области народонаселения), на 2012 год в России проживало 26,5 миллионов человек старше 60 лет, которые составляли 18,6% от общего числа населения страны (П.Г. Мун, 2012). При этом прогноз специалистов в области демографии показывает, что к 2050 году число людей пожилого и старческого возраста может составить более 39,2 миллионов человек, то есть 31,2% от общего числа населения в Российской Федерации (Г.Л. Сафарова, Н.Г. Косолапенко, В.А. Арутюнов, 2005). В тоже время по сей день большая доля людей пожилого и старческого возраста страдают полной утратой зубов. Развитие в России дентальной имплантологии и совершенствование изготовления современных конструкций зубных протезов позволяет исключить ношение полных съемных зубных протезов (А.В. Цимбалистов, 2012; Е.А. Веретенко, 2015).Повышение эффективности лечения людей, страдающих разными заболеваниями органов и тканей полости рта на основе оптимизации объема диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с учетом функционального состояния и уровня адаптационных возможностей организма крайне необходимо (В.В. Бабич, 2014). Ошибки в определении мезиодистального соотношения челюстей при уточнении центральной окклюзии приводят к снижению активности собственных жевательных и височных мышц до 70% и 30%, соответственно, что подтверждено в последующем исследованиями И.В. Войтяцкой (2005). Некоторое уменьшение межальвеолярной высоты от должной, определяемой с помощью специальных аппаратов (АОЦО, АОЦО-М) существенно облегчает для пациентов старших возрастных групп протекание периода адаптации к зубным протезам (А.К. Иорданишвили, 2014). Очевидно, именно с этим связано наблюдаемое в стоматологической практике на протяжении многих лет в 32 – 47% случаев ошибок при определении центрального соотношения челюстей (Е.Д. Волова, 1956; З.П. Латий, 1967; А.В. Цимбалистов, 1996; А.К. Иорданишвили, 2015). Изучение биоэлектрической активности жевательных и височных мышц у 41 пациентов (12 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 61 до 77 лет с нефиксированным прикусом до и после завершения зубного протезирования показали, что у пациентов, имеющих жалобы со стороны органов и тканей жевательного аппарат (боли в области височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц, слизистой оболочки протезного ложа), электромиограммы (ЭМГ) имеют отклонения в виде асимметрии биоэлектрической активности и другой патологической феноменологии, определяемые, как в покое, так и при жевании. По данным ЭМГ удалось судить об эффективности проведенной стоматологической реабилитации, выполненной с помощью

зубных протезов разных конструкций. Проведение лечения обеспечивает нормализацию уровня личностной и реактивной тревожности лишь в случае хорошего пользования зубными протезами, в то время как при наличии у пациентов затруднений в пользовании зубными протезами или при неэффективности пользования ими показатели личностной и реактивной тревожности достоверно ухудшаются ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о неблагоприятном психологическом состоянии пациентов. Очевидно, что ряд проблемных вопросов со стороны стоматологического и психического здоровья у людей пожилого и старческого возраста следует решать на этапе подготовки их к протезированию зубов. Следует согласиться с мнением В.В. Бабича (2014), который считает, что коррекцию сниженного функционального состояния, уровня адаптационных возможностей, а также метаболической активности организма у пожилых и старых людей, страдающих коморбидной патологией (эндокринными заболеваниями, сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и ЛОР-органов), следует проводить до стоматологических реабилитационных мероприятий при участии врачей – интернистов.

Соловьев И.А. (1),БабковО.В. (2),ЛуфтВ.М. (2), ЛапицкийА.В. (2), РудаковД.А.(1), РумянцевВ.Н. (1), БезмозгинБ.Г. (2), Мысливцев К.В. (1), Драгунов С.Г. (1),СуровД.А.(1), Осипов А.В.(1)

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

г. Санкт- Петербург, кафедра Военно-морской хирургии (начальник – д.м.н. Соловьев И.А.) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (1), ГБУ СПб НИИ им. И.И.Джанелидзе (2).

Цель исследования. Оценить трофологический статус больных колоректальным раком, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом, а также эффективность нутриционной поддержки данной категории больных.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на основе ретроспективного анализа лечения 81 больного, оперированного по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 43 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным абсцессом, проходящих лечение в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2004-2008 годах (всего 124 больных). В данной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также на основе проспективного анализа лечения 67 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 41 больного, оперированного по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным абсцессом, проходящих лечение в той же клинике в 2009-2014 годах (всего 108 больных). Данной категории больных помимо стандартной инфузионной, антибактериальной терапии проводились мероприятия нутриционной поддержки. Нутриционная поддержка больных колоректальным раком, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом, включала в себя применение смесей для энтерального питания методом сипинга в периоперационном (пред- и послеоперационном) периоде, использование антигипоксантов, раннее минимальное энтеральное питание, использование специальной иммунной смеси. Особенности нутриционной поддержки у данной категории больных заключались в последовательной смене различных питательных смесей: мономерная смесь – полимерная изокалорическая изонитрогенная смесь – гиперкалорическая иммунная смесь.Результаты. У больных основной группы отмечалось снижение индекса массы тела на 10 сутки послеоперационного периода на 1,6%, у контрольной на 6,2% ($p<0,05$), уменьшение толщины кожно-жировой складки над трицепсом на 5,9% и 14,5% ($p<0,05$), уменьшение окружности плеча на 2,8% и 5,3% ($p<0,05$), уменьшение окружности мышц плеча на 2,4% и

4,6% (p<0,05), снижение уровня белка плазмы на 1,2% и 15,2% (p<0,05), уровень альбумина у основной группы повышался на 2,9%, у контрольной группы - снижение на 17,7% (p<0,05).

Выводы. У больных колоректальным раком, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом, отмечается ухудшение показателей трофологического статуса, в то время как у больных данной категории при применении нутриционной поддержки в периоперационном периоде показатели трофологического статуса достоверно изменяются меньше.

Соловьев И.А. (1),БабковО.В. (2),ЛуфтВ.М. (2), ЛапицкийА.В. (2), РудаковД.А. (1), РумянцевВ.Н. (1), БезмозгинБ.Г. (2), Мысливцев К.В. (1), Драгунов С.Г. (1),СуровД.А.(1), Осипов А.В.(1)

ВЛИЯНИЕ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ НА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

г. Санкт- Петербург, кафедра Военно-морской хирургии (начальник – д.м.н. Соловьев И.А.) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (1), ГБУ СПб НИИ им. И.И.Джанелидзе (2).

В послеоперационном периоде у больных колоректальным раком (КРР), осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом, имеет место послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), наличие которого диктует необходимость проведения мероприятий, направленных на его коррекцию.

Цель исследования. Доказать эффективность применения нутриционной поддержки для коррекции послеоперационного пареза ЖКТ у больных КРР, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на основе ретроспективного анализа лечения 81 больного (контрольная группа), оперированного по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 43 больных, оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным абсцессом, проходящих лечение в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2004-2008 годах (всего 124 больных). В данной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также на основе проспективного анализа лечения 67 больных (основная группа), оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 41 больного, оперированного по поводу КРР, осложненного перифокальным абсцессом, проходящих лечение в той же клинике в 2009-2014 годах (всего 108 больных). Данной категории больных помимо стандартной инфузионной, антибактериальной терапии проводились мероприятия нутриционной поддержки. Больным обеих групп на 1, 3 и 5 сутки послеоперационного периода проводилось измерение миоэлектрической активности (МЭА) ЖКТ при помощи прибора гастроэнтеромонитор ГЭМ 01 “Гастроскан-ГЭМ”.

Результаты. На 1 сутки отмечалось достоверное (p<0,05) равномерное снижение МЭА у больных основной и контрольной групп (желудок – 4,7±1,2 мВт и 4,9±1,4 мВт; двенадцатиперстная кишка – 0,3±0,11 мВт и 0,3±0,9 мВт; тощая кишка – 0,5±0,2 мВт и 0,4±0,15 мВт; подвздошная кишка – 1,2±0,3 мВт и 1,1±0,45 мВт; толстая кишка – 2,9±0,55 мВт и 3,2±0,7 мВт контрольная и основная группы соответственно). Однако уже к 3 суткам показатель МЭА у больных основной группы сравнивался с нормальными значениями, в то время как МЭА у больных контрольной группы оставалась достоверно ниже (p<0,05) (желудок – 6,2±1,5 мВт и 9,1±1,1 мВт; двенадцатиперстная кишка – 0,5±0,13 мВт и 0,9±0,2 мВт; тощая кишка – 1,4±0,4 мВт и 2,9±0,6 мВт; подвздошная кишка – 3,2±0,75 мВт и 7,6±1,5 мВт; толстая кишка – 7,7±1,2 мВт и 14±2,1 мВт). На 5 сутки послеоперационного периода

исследуемый показатель обеих групп соответствовал нормальным значениям и достоверно друг от друга не отличался (желудок – 8,4±1,9 мВт и 11,1±2,1 мВт; двенадцатиперстная кишка – 0,9±0,3 мВт и 1,2±0,25 мВт; тощая кишка – 3,1±0,7 мВт и 3,2±0,8 мВт; подвздошная кишка – 7,3±1,1 мВт и 8,9±1,4 мВт; толстая кишка – 16,3±2,2 мВт и 17,8±3,1 мВт; $p>0,05$).

Выводы: послеоперационный период у больных с гнойно-воспалительными осложнениями КРР характеризуется наличием выраженного пареза ЖКТ, который купируется при проведении стандартной инфузионной, антибактериальной терапии только на 5 сутки послеоперационного периода. Применение нутриционной поддержки позволяет к 3 суткам нормализовать МЭА различных отделов ЖКТ и, как следствие, нормализовать моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ у данной категории больных.

Соловьев И.А. (1),БабковО.В. (2),ЛуфтВ.М. (2), ЛапицкийА.В. (2), РудаковД.А. (1), РумянцевВ.Н. (1), БезмозгинБ.Г. (2), Мысливцев К.В. (1), Драгунов С.Г. (1),СуровД.А.(1), Осипов А.В.(1)

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

г. Санкт- Петербург, кафедра Военно-морской хирургии (начальник – д.м.н. Соловьев И.А.) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (1), ГБУ СПб НИИ им. И.И.Джанелидзе (2).

Гнойно-воспалительные осложнения колоректального рака (КРР) остаются актуальной проблемой, в том числе и ввиду отсутствия единого алгоритма их диагностики и лечения в условиях многопрофильного лечебного учреждения.

Нами разработан и применяется в практике следующий алгоритм диагностики и лечения больных КРР, осложненным перифокальным абсцессом.

При поступлении больных в приемное отделение выполняются лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови (глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатинин, мочевина, общий белок, калий, натрий); коагулограмма; общий анализ мочи; оценка тяжести состояния по шкалам SIRS, SOFA.Инструментальные методы исследования: рентгенография грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, СКТ брюшной полости.

У данной категории больных можно было выделяются 3 группы критериев диагностики:

1. Собственно симптомы колоректального рака:расстройства стула в виде запоров или поносов, снижение массы тела, отсутствие аппетита, наличие в анамнезе следов крови или слизи в кале.

2. Симптомы системных проявлений гнойно-воспалительных осложнений:повышение температуры тела от субфебрильных значений и более, до 40°С, выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, SIRS 2-4, SOFA 0 баллов.

3. Симптомы абсцесса:боли в животе интенсивного «дёргающего» характера продолжительностью от 3 и более суток (в совокупности с приведенными ниже симптомами);наличие неподвижного, резко болезненного образования в брюшной полости, в ряде случаев с гиперемией кожных покровов и локальной гипертермией;УЗ-признаки: инфильтрат определенного размера с утолщением стенки кишки, с наличием жидкостного компонента, отсутствие свободной жидкости в брюшной полости;СКТ признаки: утолщение стенки кишки с резким переходом от нормальной стенки к поражённой (с наличием жидкостного компонента), отсутствие свободной жидкости в брюшной полости.

Дифференциальный диагноз при локализации абсцесса справа проводится с аппендикулярным абсцессом, слева – с дивертикулярным абсцессом.

Локализация опухолевого процесса определяет выбор хирургического вмешательства:

- при опухолях правых отделов толстой кишки производится радикальное одноэтапное удаление опухоли в объёме правосторонней гемиколэктомии;

- при левосторонней локализации опухоли выполняется радикальная обструктивная резекцию толстой кишки;

- при опухолях ректосигмоидного отдела толстой кишки и прямой кишки производится радикальная обструктивная резекция прямой кишки с мезоректумэктомией.

Соловьев И.А. (1),БабковО.В. (2),ЛуфтВ.М. (2), ЛапицкийА.В. (2), РудаковД.А. (1), РумянцевВ.Н. (1), БезмозгинБ.Г. (2), Мысливцев К.В. (1), Драгунов С.Г. (1),СуровД.А.(1), Осипов А.В.(1)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

г. Санкт- Петербург, кафедра Военно-морской хирургии (начальник – д.м.н. Соловьев И.А.) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (1), ГБУ СПб НИИ им. И.И.Джанелидзе (2).

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты лечения больных гнойно-воспалительными осложнениями колоректального рака (КРР), обосновать необходимость применения в периоперационном периоде нутриционной поддержки.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на основе ретроспективного анализа лечения 81 больного, оперированного по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 43 больных, оперированных по поводу КРР, осложненного абсцедированием, проходящих лечение в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2004-2008 гг. (всего 124 больных). В данной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также на основе проспективного анализа лечения 67 больных, оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 41 больного, оперированного по поводу КРР, осложненного абсцедированием, проходящих лечение в той же клинике в 2009-2014гг. (всего 108 больных). Данным больным помимо стандартной терапии проводились мероприятия нутриционной поддержки.

Нутриционная поддержка начиналась в предоперационном периоде и заключалась в применении больным peros 12% раствора глюкозы в объеме 400,0 мл за 2 часа до операции. В 1 сутки послеоперационного периода – применениебольным 400,0 мл глюкозо-электролитной смеси (ГЭС) следующего состава: 1 л дистиллированной воды, 1 пакет (18,9 г) препарата«Регидрон», 1 г. аскорбиновой кислоты, 10 мл препарата «Цитофлавин». Также применялось минимальное количество (200,0 мл) изокалорической изонитрогенной смеси Нутризон-Стандарт, энтеросорбент«Энтеросгель» двукратно по 30 г. Объем алиментации составлял 10% от расчетной величины (р.в.).На вторые сутки послеоперационного периодапереходили на использование специальной гиперкалорической иммунной смеси Нутриэн-Иммун (либо другой смеси для энтерального иммунного питания, например, Импакт) в объеме 600,0 мл. Количество применяемой ГЭС и энтеросорбента оставляли прежним. Объем алиментации достигал 37,5% от р.в. При хорошей переносимости больным питательной смеси на третьи сутки количество используемой смеси Нутриэн-Иммун увеличивали до объема 1000,0 мл. Количество применяемой ГЭС и энтеросорбента оставалось прежним. Объём алиментации составлял 62,5% от р.в. На четвертые сутки послеоперационного периода назначался лечебный рацион (стол №1 по Певзнеру) с дополнительным пероральным приемом смеси Нутриэн-Иммун по 200,0 мл 3 раза в день. Объём алиментации до100% от р.в.

Результаты. В послеоперационном периоде у больных контрольной группы отмечались такие осложнения, как: нагноение послеоперационной раны у 22 больных (17,74%), прогрессирующий перитонит у 13 больных (10,48%). Летальный исход наступил у

14 больных (11,29%). Средняя продолжительность лечения составила 16,29±2,05 дня. У больных основной группы: нагноение послеоперационной раны у 13 больных (12,03%), прогрессирующий перитонит у 6 больных (5,56%). Летальный исход наступил у 6 больных (5,56%). Средняя продолжительность лечения составила 12,64±1,49 дня.

Выводы. Применение нутриционной поддержки позволило снизить частоту таких послеоперационных осложнений, как нагноение послеоперационной раны (с 17,74% до 12,03%), прогрессирующего перитонита (с 10,48% до 5,56%), что привело к закономерному снижению летальности (с 11,29% до 5,56%) и среднего койко-дня (с16,29±2,05 до 12,64±1,49) ($p<0,05$).

Соловьев И.А. (1), Бабков О.В. (2), Луфт В.М. (2), Лапицкий А.В. (2), Рудаков Д.А. (1), Румянцев В.Н. (1), Безмозгин Б.Г. (2), Мысливцев К.В. (1), Драгунов С.Г. (1), Суров Д.А.(1), Осипов А.В.(1)

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

г. Санкт- Петербург, кафедра Военно-морской хирургии (начальник – д.м.н. Соловьев И.А.) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (1), ГБУ СПб НИИ им. И.И.Джанелидзе (2).

В настоящее время гнойно-воспалительные осложнения колоректального рака (КРР) остаются актуальной проблемой, в том числе и ввиду отсутствия единого алгоритма их диагностики и лечения в условиях многопрофильного лечебного учреждения. Нами разработан и применяется в практике следующий алгоритм диагностики и лечения данной категории больных.

При поступлении больных в приемное отделение выполняются лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови (глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатинин, мочевина, общий белок, калий, натрий); коагулограмма; общий анализ мочи; оценка тяжести состояния по шкалам SIRS, SOFA.Инструментальные методы исследования: рентгенография грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям СКТ брюшной полости.

У данных больныхв стационаревыделяют две группы критериев диагностики:1. Собственно симптомы КРР:расстройства стула;снижение массы тела;отсутствие аппетита;наличие в анамнезе следов крови или слизи в кале.2. Критерии диагностики перифокального воспалительного инфильтрата:локализованные боли в животе около 2-3 суток;повышение температуры тела до субфебрильных значений;наличие болезненного малоподвижного образования неправильной формы в брюшной полости;умеренный лейкоцитоз;УЗ-признаки: инфильтрат определенного размера с утолщением стенки кишки(без жидкостного компонента);СКТ признаки: утолщение стенки кишки с резким переходом от нормальной стенки к поражённой (без жидкостного компонента);SIRS 0-1;SOFA 0.Пациенты, соответствующие указанным критериям, госпитализируются на хирургическое отделение для дообследования и проведения консервативной терапии. При локализации инфильтрата справа проводится дифференциальный диагноз с острым аппендицитом и аппендикулярным инфильтратом, слева – дивертикулитом, дивертикулярным инфильтратом. Подозрение на острый аппендицит является показанием для диагностической лапароскопии.

Лечение данной категории больных начинается с консервативной терапии: безшлаковая диета, ортоградный лаваж солевыми слабительными,антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения, аминогликозиды III поколения, нитроимидазолы); инфузионная терапия (внутривенно 1,5-2 л растворов кристаллоидов, анальгетики, спазмолитики, антигистаминные средства);ежедневный контроль клинических и биохимических анализов крови, оценка критериев SIRS и SOFA. Консервативное лечение

проводится в течение 24 часов, с повторным УЗИ органов брюшной полости. При неэффективности консервативного лечения выполняется срочное оперативное вмешательство. В случае положительного эффекта от консервативной терапии на 3-4 сутки выполняется фиброколоноскопия. Для адекватного дооперационного стадирования всем больным выполняется СКТ брюшной полости, а при опухолях прямой кишки также МРТ малого таза. В течение срока, необходимого для выполнения гистологического подтверждения диагноза, этим пациентам продолжается комплексная терапия и предоперационная подготовка. После получения результатов гистологического исследования планируется проведение оперативного вмешательства. Операцией выбора у данной категории больных является радикальная одномоментная резекция кишки с наложением первичного анастомоза.

Соловьев И.А., Мусинов И.М.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

кафедра военно-морской хирургии

Тактика лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) менялась параллельно развитию представлений о патогенезе язвенной болезни, достижениям эндоскопической техники и клинической фармакологии. До широкого внедрения в клиническую практику эндоскопической аппаратуры преобладала активно-выжидательная тактика лечения, которую, при появившейся возможности визуализировать источник кровотечения и прооперировать больного с неустойчивым гемостазом, сменил активный хирургический подход. Дальнейшее совершенствование эндоскопических методов гемостаза, антисекреторных препаратов и способов коррекции гомеостаза привели к индивидуализированной тактике лечения ЯГДК, направленной на снижение риска рецидива кровотечения и оперативной активности.

Приводим основные положения тактики лечения ЯГДК, основанные на многолетнем опыте лечения этих больных.

Показанием для *неотложной операции* (в течение 2 часов после поступления в стационар) при ЯГДК являются:

1. Продолжающееся кровотечение в случае неэффективности эндоскопического гемостаза;

2. Рецидив язвенного кровотечения в стационаре.

Отсроченной операции (в течение 24 часов после поступления в стационар) подлежат больные с высоким риском рецидива кровотечения без положительной динамики по данным эндоскопического исследования. Под положительной динамикой эндоскопических признаков кровотечения подразумевается изменение эндоскопических признаков устойчивости гемостаза до Forrest IIc-III.

Вопрос о *плановой операции* решается индивидуально после коррекции постгеморрагических нарушений функций органов и систем.

Хирургическое лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений базируется на следующих принципах:

1. Основная задача оперативного вмешательства при ЯГДК состоит в спасении жизни пациента путем выполнения адекватного состоянию больного объема операции, позволяющего надежно устранить источник кровотечения и, по возможности, излечить от язвенной болезни;

2. Операцией выбора при хронической язве двенадцатиперстной кишки и препилорического отдела желудка, осложненной кровотечением, является стволовая

ваготомия с дренирующей желудок операцией, прошиванием или иссечением язвы, при которой надежно устраняется источник кровотечения;

3. Резекция желудка является патогенетически обоснованной операцией при хронической язве желудка, осложненной кровотечением;

4. Паллиативные операции в виде одного только прошивания или иссечения язвы допустимы у больных, находящихся по разным причинам в крайне тяжелом состоянии;

5. Допустимо применение ваготомии с пилоропластикой при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с неосложненной язвой желудка.

Использование данных показаний к выполнению оперативных вмешательств, а также синергетического эффекта от применения эндоскопического гемостаза и комплексной консервативной терапии, важными звеньями которой являются достижение ахлоргидрии и коррекция системы гемостаза в постгеморрагическом периоде, позволяют снизить общую летальность до 3% у больных с ЯГДК.

Соловьев М.В., Крипак О.Н., Сорокин Н.В., Ляховец Е.Г.

ОСОБЕННОСТИ ИНИЦИАЛЬНОЙ И ФИНАЛЬНОЙ СТАДИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра и клиника госпитальной терапии, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Материал и методы. В условиях терапевтического стационара обследовано 2 группы пациентов. У больных первой группы (n=36, средний возраст 45,1±2,4 года) была диагностирована хроническая B_{12}-дефицитная анемиялегкой (n=16), средней (n=8) и тяжелой (n=12) степени, сопровождавшейся развитием миокардиодистрофии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) невысоких(I-II) функциональных классов (ФК). Вторую группу (n=35, средний возраст 66,8±2,3 года) составили пациенты с хронической первичной либо вторичной органической кардиальной патологией (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, кардиомиопатии) и обусловленной ею ХСНIII–IVФК. Проведен сравнительный анализ результатов морфометрии сердца, показателей системной и внутрисердечной гемодинамики.

Результаты. Для пациентов первой группы по мере увеличения уровня гемической гипоксии характерным являлось усиление функциональных нарушений, в первую очередь гипердинамического состояния миокарда, что сопровождалось ростом ЧСС, увеличением минутного объема кровообращения, сердечного и ударного индексов при отсутствии значимого структурного ремоделирования миокарда ЛЖ. Изменения внутрисердечной гемодинамики у таких больных ограничивались диастолической дисфункцией. Для второй группы пациентов, с органическим поражением миокарда, выраженной гипоксиейциркуляторно-тканевого типа и тяжелой ХСН, характерным являлось сочетание кардиомегалии со значительной тотальной дилятацией всех камер сердца и эксцентрической гипертрофии миокарда левого желудочка с существенным увеличением индекса массы миокарда, что сопровождалось выраженным снижением систолической функции левого желудочка.

Выводы. Таким образом, на инициальных стадиях континуума сердечной недостаточности активируется ряд электрофизиологических и нейрогуморальных процессов, одним из результатов которых является диссинергияэнергопродукции и контрактильности клеток миокарда, нарушение сопряжения процессов возбуждения кардиомиоцитов, сокращения и расслабления их саркомеров в результате нарушения эффективного управления потоками ионов Ca^{++}, что приводит к повышению ригидности миокарда и нарушению его диастолической функции. При определенных условиях, в результате активации транскрипционных факторов, генной экспрессиив условиях дисгармонизации

центральных механизмов регуляции наблюдаются изменения кардиомиоцитови перестройка кардиальных структур на макроуровне (тканевом, органном)- рост, гипертрофия, дистрофия, апоптоз, некроз, фиброз, склероз, зачастую приводящие к дезадаптивномуремоделированию сердца, что имеет своим функциональным эквивалентом развитие хронической сердечной недостаточности высоких функциональных классов.

Соловьев М.В.[1], Сорокин Н.В.[1], Крипак О.Н.[1], Ивашкина Т.Г.[2]

СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННО-КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЛЕГКОГО И СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

[1]г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, кафедра госпитальной терапии; [2]НУЗ «Дорожная клиническая больница «ОАО «РЖД»

Цель исследования: изучить изменения маркеров внешнего и внутреннего путей свертывания крови у больных язвенным колитом нетяжелого течения.

Материал и методы: обследован 21 больной в возрасте 24 – 63 лет с язвенным проктитом/проктосигмоидитом слабой/умеренной активности (MMDAI 5 – 9 баллов) в фазе обострения заболевания. Диагноз устанавливался на основании традиционного комплексного лабораторно-инструментального обследования. Все пациенты принимали сульфасалазин либо месалазин (перорально и ректально) в суммарной дозе 1,5 – 4,8 г в сутки, часть больных получала преднизолон внутрь в дозе не более 20 мг в сутки. В исследование не включались пациенты с положительными маркерами вирусных гепатитов, лица, страдающие органической патологией печени, либо подвергавшиеся интенсивному либо систематическому воздействию гепатотоксичных субстанций, в том числе алкоголя и лекарственных препаратов, а также больные, получающие антикоагулянтную терапию. Анализировались демографические данные пациентов, характеристики течения язвенного колита и ряд лабораторных показателей крови, в том числе протромбиновое время (ПВ) и активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). Статистическая обработка результатов осуществлялась методами описательной статистики, проведен корреляционный анализ полученных данных с использованием ППП «StatisticaforWindows» версии 10.0.

Результаты: усредненные показатели ПВ и АЧТВ определялись в пределах референсных значений на уровне верхней границы нормы (ВГН) (12,3±0,5 сек и 34,6±1,5 сек, соответственно). При этом значения ПВ более чем у половины обследованных пациентов превышали ВГН. Выявлены прямая умеренная корреляционная связь между значениями ПВ и общей активностью заболевания, главным образом за счет частоты дефекаций ($r = 0,58$, $p<0,05$), и противоположные тенденции в отношении возраста пациентов, длительности заболевания и уровня С-реактивного протеина ($r = – 0,62$, $p<0,05$, $r = – 0,33$ и $– 0,32$, соответственно). Значения АЧТВ демонстрировали аналогичную взаимосвязь только с уровнем С-реактивного белка ($r = – 0,33$).

Выводы: изменения плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза при язвенном колите, несмотря на общепризнанное увеличение вероятности развития тромботических осложнений, носят нелинейный характер. При нетяжелом течении заболевания соотношение процессов формирования и утилизации компонентов коагуляционного каскада в определенном периоде характеризуется тенденцией к системной гипокоагуляции. Возможной причиной этого в условиях системного воспалительного ответа может явиться формирование гепатобилиарной дифункции с нарушением сопряжения поступления субстратов и кофакторов пластического обмена и адаптивного витамин-К-зависимого образования компонентов системы свертывания крови. В условиях субклинической коагулопатии потребления, вероятно, данный процесс протекает с некоторым временным лагом. Определенное значение при этом может иметь и развитие относительной функциональной недостаточности индигенной кишечной микрофлоры,

участвующей в синтезе жирорастворимых витаминов, в первую очередь производных нафтохинона, и значимо скомпрометированной в условиях аутоиммунного воспалительного поражения толстой кишки. Дальнейшая активация системного воспалительного ответа обеспечивает мобилизацию резервных возможностей организма и ассоциирована с преобладанием в нем прокоагулянтных процессов.

СоловьевИ.А., СуровД.А., ВасильченкоМ.В., ЛычёвА.Б., КошелевТ.Е., АмбарцумянС.В., ТимошенкоН.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,кафедра военно-морской хирургии

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения больных местно-распространенным раком.

Материалы и методы. Объектом исследования были 222 больных местно-распространенным раком органов малого таза. Средний возраст пациентов составил 65,2±5,2 года (от 43,7 до 88,4 лет). Всем больным с 2010 по 2015 гг. в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова выполнены различные по объему комбинированные (109 больной) и расширенные (113 больных) оперативные вмешательства, при этом эвисцерации органов малого таза выполнены в 63 случаях. 54 больным выполнена пластика тазовой брюшины. Показаниями к пластике тазовой брюшине были тотальная инфралеваторная эвисцерация органов малого таза (9 больных), задняя инфралеваторная эвисцерация органов малого таза (11 больных) и расширенная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (34 больных). Пластика аутотканями выполнена 43 больным, сетчатыми эксплантатами - 11 больным. С целью профилактики местного рецидива 2 пациентам выполнена изолированная сосудистая гипертермическая химиоперфузия малого таза.

Результаты. Послеоперационные осложнения выявлены в 43,2% случаев. Послеоперационная летальность - 8,0%.

Выводы. Расширенные и комбинированные операции на органах малого таза у больных, страдающих местно-распространенным раком при отсутствии абсолютных противопоказаний, могут быть выполнены независимо от возраста. Пластика тазовой брюшины после инфралеваторных эвисцераций органов малого таза и расширенных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишкипоказана во всех случаях. Наиболее простыми методами являются пластика большим сальником или местными тканями. При невозможности аутопластики показана пластика сетчатыми эксплантатами.

Соловьев И.А., Суров Д.А., ВасильченкоМ.В., Раздобара М.В., Чернов-Бак С.А., Петрищев А.А., Навматуля А.Ю., Кошелев Т.Е., Тимошенко Н.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ VAC- ТЕРАПИИ ПРИ РАЗВИТИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии

Резюме. При хирургическом лечении местно-распространенного рака органов малого таза у 35,0 - 75% оперированных больных развиваются послеоперационные осложнения, из

них на долю гнойно-септических приходится до 55%. Применение VAC- терапии в комплексном лечении этих осложнений способствует более быстрому купированию явлений эндотоксикоза, позволяет уменьшить необходимость повторных санационных лапаротомий, сократить сроки закрытия лапаротомной раны и снизить летальность с 59% до 14%.

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения гнойно-септических осложнений хирургических вмешательств у больных местно-распространенным раком органов малого таза.

Материалы и методы. В исследование включено 222 больных местно-распространенным раком органов малого таза, которым были выполнены мультивисцеральные резекции и расширенные оперативные вмешательства: 109 и 113 больным соответственно. У всех пациентов стадия онкологического процесса соответствовала T3-4N0-2M0-1.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде различные осложнения были отмечены у 96 больных (43,2%), в структуре которых преобладали гнойновоспалительные процессы (43,8% случаев). VAC-терапия с целью лечения гнойносептических осложнений со стороны лапаротомной раны была нами применена у 3 больных с вторичным перитонитом, а при сочетании перитонита, нагноения срединной и промежностной ран - у 1 больного. Все эти больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность лечения составила 39 суток.

Выводы. При выполнении комбинированных и расширенных операций больным местно-распространенным раком органов малого таза гнойно-септические осложнения развиваются в 43,2% случаях. Применение VAC-терапии у данной категории больных способствует излечению этих тяжелых осложнений и выписки их из стационара в удовлетворительном состоянии. Широкое внедрение в повседневную деятельность VAC-терапии позволит улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных.

Соловьев[1] И.А., Суров[1] Д.А., Дымников[1] Д.А., Савченков[1] Д.К., Фрумен[1] А.Г., Осипов[1] А.В., Святненко[2] А.В.

РОЛЬ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

1 -Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», кафедра Военно-морской хирургии.
2 – ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе».

Заболеваемость раком органов гепатопанкреатодуоденальной зоны на протяжении последних десятилетий имеет тенденцию к увеличению, обуславливая рост количества пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. Лечение данной категории пациентов является сложной задачей, решение которой требует комплексного разностороннего подхода специалистов различных направлений.

Целью исследования явилась необходимость проследить эффективность чрескожно-чреспеченочных вмешательств у пациентов с механической желтухой опухолевого генеза, характер и количество осложнений.

Проанализирован результат лечения 129 пациентов, поступивших в стационар с явлениями механической желтухи, обусловленной опухолевым поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Всем пациентам выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование желчного древа: 71 пациенту выполнена наружная чрескожно-чреспеченочная холедохостома; наружновнутренняя холедохостома – 44 пациентам,чрескожно-чреспеченочная холецистостомия – 14 пациентам. Всего количество осложнений,

потребовавших расширения объема медикаментозной терапии и проведения повторных оперативных вмешательств, составило 10,4% (у 13 пациентов). Наиболее частым осложнением чрескожно-чреспеченочных дренирующих вмешательств явилась дислокация дренажа, которая развилась в 6 случаях (4,8%) наружного дренирования желчных протоков. У 4 пациентов (3,2%), на фоне печеночной недостаточности с развитием коагулопатии, послеоперационный период осложнился гемобилией. Острый панкреатит после наружно-внутреннего дренирования возник у 3 (2,4%) пациентов, во всех случаях протекал в форме нетяжелого течения. Вследствие длительного течения желтухи средней и тяжелой степени тяжести с развитием полиорганной недостаточности умерло 3 пациента. После купирования признаков механической желтухи и вызванной ею печеночной недостаточности, на основании проведенного обследования, в зависимости от стадии заболевания и состояния пациента решался вопрос об операбельности и выбирался вариант окончательного хирургического лечения. В связи с распространенностью опухолевого процесса, выраженной сопутствующей патологией радикальное хирургическое лечение было выполнено лишь 28 пациентам (21,7%), у 12 больных (9,3%) при лапаротомии принято решение об отказе от радикальной операции с формированием гепатикоеюноанастомоза. В 45 случаях (34,8%) окончательным вариантом хирургического лечения явилось эндопротезирование и стентирование желчных протоков. Стентирование желчных протоков во всех 17 случаях (13,2%) выполнено при низком уровне блока, с низведением дистального конца стента в просвет двенадцатиперстной кишки. В период раскрытия стента (до 3-5 суток) у большинства пациентов возникал болевой синдром, купируемый неопиоидными анальгетиками. Других осложнений в послеоперационном периоде не было.

Таким образом, антеградные эндобилиарные вмешательства значительно расширяют возможности комплексного лечения пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. Устраняя механическую желтуху, они обуславливают регресс интоксикации и печеночной недостаточности, позволяют подготовить пациента к последующей радикальной операции, а в ряде случаев становятся окончательным методом лечения. Стентирование самораспрaвляющимися стентами повышает качество жизни пациентов, стойко устраняет механическую желтуху, позволяет проводить химиотерапию.

Спицын М.Г., Данцев В.В., Шитов Ю.Н., Мучаидзе Р.Д.

ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Туберкулез не относится к высоко контагиозным инфекциям, поэтому заражение микобактериями туберкулеза приводит к заболеванию лишь небольшого количества людей. Однако в условиях продолжающегося тесного контакта с бактериовыделителями риск развития заболевания многократно возрастает. Об этом свидетельствуют результаты исследований вспышек туберкулеза как у нас в стране, так и за рубежом, а также показатели заболеваемости лиц, находящихся в условиях контакта (чаще семейного) с больными туберкулезом.

Заболеваемость медицинского персонала, безусловно, зависит от эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране, а также в ее регионах. Достоверных сведений об общей и профессиональной заболеваемости медицинских работников на рубеже XX-XXI веков в нашей стране фактически не существует, так как не было структурно завершенной профпатологической службы, профосмотры не охватывали всех лиц, работающих во вредных условиях труда, их эффективность оценивалась как минимальная, а на некоторых предприятиях и в учреждениях они вообще не проводились.

Данные медицинской статистики свидетельствуют о неуклонном повышении профессиональной заболеваемости медицинских работников различных специальностей с начала 90-х годов прошлого века. За последнее десятилетие число зарегистрированных случаев профзаболеваний увеличилось более чем в три раза. Наиболее распространенными из числа профессиональных заболеваний медицинских работников являются гемоконтактные вирусные гепатиты и туберкулез. Так, в 2014 г. туберкулез составлял 12,0% в структуре всей инфекционной заболеваемости сотрудников медицинских организаций в Санкт-Петербурге, уступая лишь вирусным гепатитам (38%) с гемоконтактным путем передачи инфекции (Мясникова Е.Б. и соавт., 2015).

Туберкулез как профессиональное заболевание у медицинских работников обычно регистрируется при их явном контакте с больными туберкулезом, т.е. прежде всего у работников противотуберкулезных учреждений. Однако существенный и не поддающийся оценке “вклад” в профессиональную заболеваемость могут внести случаи заболевания туберкулезом медицинских работников, не имеющих отношения к учреждениям противотуберкулезной службы. Медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений, службы “скорой помощи”, отделений неотложной хирургии, пульмонологии и др., безусловно, имеет повышенный риск заболевания туберкулезом в результате контакта с больными, подчас не зная, что он имел место. Практически каждый третий больной туберкулезом был выявлен в стационарах общего профиля, при этом преобладали инфильтративные и диссеминированные процессы, которые в 68% случаев сопровождались бактериовыделением.

Заболеваемость медицинского персонала противотуберкулезных учреждений превышает соответствующий показатель среди лиц из семейного и квартирного контакта и в некоторых регионах страны сравнима с заболеваемостью лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях. При относительно благоприятной структуре клинических форм туберкулеза при профзаболевании у половины больных он вызван лекарственно устойчивыми штаммами. Остается неопределенной ситуация с возможностью признания профпатологией случаев заболевания туберкулезом медицинского персонала, работающего в учреждениях, не оказывающих специализированной фтизиатрической помощи (хирурги, анестезиологи, сотрудники многопрофильных стационаров, скорой помощи и т.д.).

Староверов Ю.И., Алентьева О.С., Попляк М.О.

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ

Санкт-Петербург, кафедра детских болезней ВМедА имени С.М. Кирова.

В настоящее время в педиатрических изданиях активно обсуждаются критерии диагностики хронических гастритов у детей. Нами проанализированы результаты обследования в клинике детских болезней ВМедА 32 детей в возрасте 7–17 лет с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. Обследование предусматривало анализ отягощенности семейного анамнеза и анамнез заболевания, динамику объективного статуса, с оценкой болевого, диспептического и трофологического синдромов. Гастрообследование включало копрологическое исследование, интрагастральную суточную pH-метрию, эзофагогастродуоденоскопию с уреазным тестом, дыхательный Хелик-тест. Состояние вегетативной и нервной регуляции оценивали по данным осмотра, ЭКГ, кардиоинтервалографии и, в части случаев, ЭЭГ. По результатам обследования у 17 детей установлен диагноз «Функциональная диспепсия» (ФД), у 15 детей — диагноз «Хронический гастрит» (ХГ). Группы детей были сопоставимы по возрастному и половому составу.

Болевой синдром одинаково часто имел место и у детей с ФД (82,4±9,5%), и у больных с ХГ (80,0±10,7%). Но «тощаковые» боли несколько чаще (p>0,05) отмечены у больных с ХГ (33,3±12,5%) в сравнении с ФД (11.3±8,0%), а боли после еды при ХГ (6,6±6,6%) были незначительно реже, чем при ФД (29,4±11,4%) (p>0,05). У обследованных детей с ФД тошноты зарегистрировано не было, но тошнота имела место у 33,3±12,5% больных с ХГ (p = 0,05). Неустойчивый стул одинаково часто встречался и при ФД (11,7±8,0%), и при ХГ (13,3±9,1%) (p>0,05). С одинаковой частотой при ФД (52,9±12,5%) и ХГ (73,3±11,8%) была выявлена болезненность при пальпации в эпигастрии (p > 0,05).

Частота гиперацидности желудка при ХГ (86,7± 9,1%) была несущественно выше, чем при ФД (58,8±12,3%) (p > 0,05). Гастроэзофагеальный рефлюкс при ФД встречался также часто (47,1±12,8%), как при ХГ (46,7±13,3%) (p>0,05). Частота дуоденогастрального рефлюкса при ФД и при ХГ (58,8±12,3% и 73,3±11,8%, соответственно) различалась несущественно. При ФГДС поверхностно-воспалительные изменения слизистой оболочки желудка при ФД обнаружены у 11,7±8,0%, при ХГ — у 20,0±10,8% пациентов (p> 0,05), а гипертрофия слизистой оболочки — при ФД у 5,9±5,8% и при ХГ у 20,0±10,8% больных (p >0,05). Эрозивных изменений слизистой оболочки желудка при ФД не обнаружили и выявили у 6,6±6,6% больных с ХГ (p> 0,05). Частота кардиальной недостаточности в обследованных группах также существенно не различалась: 52,9±12,5% при ФД и 73,3±11,8% при ХГ (p> 0,05). *Helicobakterpylori*обнаружен при ФД у 23,5± 10,6% детей, а при ХГ у 33,3± 12,5% больных (p> 0,05). Эндоскопические признаки сопутствующей билиарной дисфункции определены у 82,4±10,6% детей с ФД и у 93,3±6,7% больных с ХГ (p> 0,05).

Признаки вегетативной дисфункции при ФД определены у 35,3±11,9%, а при ХГ — у 33,3±12,5% обследованных детей (p> 0,05). Отклонения на ЭГГ в виде снижения толерантности к гипоксическим и физическим нагрузкам, а также дисфункции срединных структур мозга у детей с ФД обнаружили несколько чаще в 54,6± 15,7%, чем при ХГ в 23,1± 12,1% случаев (p> 0,05).

Таким образом, проведенный сравнительный анализ группы детей с ФД и группы больных с ХГ не выявил статистически значимых различий в жалобах, данных объективного осмотра и результатах проведенных лабораторных и инструментальных исследований. Полученные данные позволяют усомниться в диагностической значимости выявленных клинических особенностей, функциональных (pH-метрия) нарушений, а также отмеченных эндоскопических изменений для верификации у детей диагноза «хронический гастрит». Этим в целях верификации диагноза хронического гастрита определяется необходимость проведения морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка.

СуворовА.В.[2], ДыскинД.Е., ЕжоваР.В.[1], РудскихО.П.[2], ИскраД.А., Попов А.Е.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭПИЛЕПСИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней
г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева[1]
г. Москва, Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка[2]

В мире по данным ВОЗ проживает 50 миллионов пациентов, страдающих эпилепсией (ВОЗ, 2009). Распространенность этого заболевания составляет в среднем 5–10 человек на 1000 населения. В большинстве случаев заболевание приходится на трудоспособный возраст, что приводит к уменьшению числа работающего населения. Поэтому проблема своевременной, в том числе инструментальной диагностики эпилепсии в последние годы приобретает все большее медико-социальное значение.

Наиболее распространенной формой заболевания является симптоматическая локально обусловленная височная эпилепсия. На её долю приходится до 60% случаев (Мухин К.Ю., 2000).

Для подтверждения или опровержения диагноза симптоматической локально обусловленной эпилепсии необходимо выполнение нейровизуализации, как правило, МРТ головного мозга.

МРТ исследование головного мозга выполнено 79пациентам трудоспособного возраста (18-50 лет). Исследование проводили на магнитно-резонансном томографе с индукцией магнитного поля 1,5 Т. Выполнялись стандартные последовательности в трех взаимно перпендикулярных плоскостях.

У ряда пациентов с очаговыми изменениями белого вещества височной доли оптимизация нейровизуализации достигалась благодаря использованию FLAIR (fluid attenuated inversion recovery - инверсия-восстановление с подавлением сигнала от воды) импульсной последовательности МРТ, что, в частности, отмечалось при очаговом лейкоареозе. При использовании FLAIR импульсной последовательности МРТ также лучше, чем при Т2 ВИ визуализировались другие структурные изменения головного мозга, в частности склероз гиппокампа.

Т1- и Т2-ВИ не в полной мере обеспечивают диагностику структурных изменений в частности височных долей. FLAIR импульсная последовательность МРТ позволяла нам выделить незначительные структурные повреждения головного мозга.

В данной работе предпринята попытка установления места структурной нейровизуализации FLAIR импульсной последовательности МРТ в диагностике повреждений медиальных отделов височной доли у пациентов с локально обусловленной эпилепсией. FLAIR импульсная последовательность МРТ является оптимальной для идентификации структурных изменений в медиальных отделах височной доли. Определено, что для диагностики эпилептических очагов наиболее информативными и чувствительными из инструментальных методов исследования являются FLAIR режим МРТ. Использование FLAIR импульсной последовательности МРТ позволяет оптимизировать распознавание характера структурных изменений, располагающихся у большинства больных в медиальных отделах височной доли.

Сухарев А.В., Гутка В.О., Патрушев А.В., Плахов В.Н.

ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра кожных и венерических болезней

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) является одним из наиболее распространенных воспалительных дерматозов и аллергических заболеваний. Известно, чтов патогенезе АтД важную роль играют нарушения в высших отделах центральной нервной системы и корково-подкорковых взаимоотношениях, следствием которых является развитие психонейроиммунных изменений, приводящих в конечном итоге к активации воспалительного процесса в коже.

В связи с тем, что нарушения со стороны вегетативной и центральной нервной системы при АтД носят преимущественно функциональный характер, возникает сложность в их регистрации и корректной оценке. Такую возможность предоставляет нейродинамический анализ сердечного ритма. Метод основан на выделении из электрокардиосигнала (ритмокардиограммы) биоритмов, которые характеризуют вышестоящие уровни регуляции сердечной деятельности.

Цель исследования: оценить психовегетативные нарушения у больных атопическим дерматитом и определить их влияние на тяжесть течения заболевания.

Материал и методы. Обследовано 72 больных атопическим дерматитом в возрасте от 18 до 46 лет (мужчин – 41, женщин – 31). Группу контроля, сходную по возрастным и половым характеристикам, составили 30 практически здоровых лиц.

Проводилось индивидуальное компьютерное исследование психофизиологического и эмоционального состояния организма человека с помощью цифрового телеметрического аппаратно-программного комплекса – анализатора биоритмов «Омега-М», научно-производственной фирмы «Динамика» (г. Санкт-Петербург). Определялись показатели вегетативной, нейрогуморальной и центральной регуляции с применением метода нейродинамического анализа. Качество жизни пациентов оценивалось по результатам опросника ДИКЖ (дерматологического индекса качества жизни), тяжесть течения заболевания определялась по индексу SCORAD (scoringatopicdermatitis).

Результаты.По данным вариационной пульсометрии вегетативные нарушения диагностированы у 75,0% больных (54/72), представлены преимущественно симпатикотонией и централизацией управления сердечным ритмом. Методами нейродинамического и фрактального анализа сердечного ритма нарушения нейрогуморальной и психоэмоциональной регуляциидиагностированы соответственно у 69,4% (50/72) и 76,6% (53/72) больных атопическим дерматитом. Выявлена умеренная корреляционная связь между тяжестью течения заболевания и некоторыми показателями (ИН, ИВР, ВР, С1, D1), характеризующими нарушения вегетативной и центральной регуляции ($0,25 < |r_s| < 0,75$).

Сухарев А.В., Патрушев А.В., Гориславская Т.А.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ЛИШАЯ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра кожных и венерических болезней

Патогенез изменения соединительной ткани дермы при бляшечной склеродермии и склеротическом лишае является схожим. Считается, что пусковым моментом служит повреждение клеток эндотелия, воспаление и высвобождение цитокинов, которые стимулируют фибробласты к гиперпродукции коллагена. Имеются данные о том, что фиброзную реакцию приводят в действие, прежде всего, Т-клетки фенотипа CD4+, а так же плазматические клетки и гистиоциты. Экстрагенитальный склеротический лишай часто наблюдается в сочетании с бляшечной склеродермией, поэтому некоторые авторы относят их к одной нозологической форме. В связи с этим дифференциальная диагностика на основании гистологических признаков является весьма актуальной.

Мы проанализировали современные литературные данные, касающиеся патоморфологических особенностей бляшечной склеродермии и склеротического лишая.

Признаки характерные для бляшечной склеродермии. В ранней (воспалительной) стадии наблюдается отек и гомогенизация коллагена дермы. Поверхностный и глубокий периваскулярный смешанный инфильтрат из лимфоцитов и отдельных плазматических клеток. Редко встречаются эозинофилы и нейтрофилы. В поздней (склеротической) стадии происходит уплотнение соединительной ткани с утолщенными гиперэозинофильными пучками коллагеновых волокон, которые плотно окружают придатки кожи (потовые железы), за счет чего потовые железы располагаются выше обычного. Сальные железы и волосяные фолликулы либо полностью отсутствуют, либо атрофичны. Происходит утолщение перегородок подкожной жировой ткани с лимфоцитарным инфильтратом. Во всех слоях дермы периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и отдельных плазматических

клеток. Сосуды гиподермы с утолщенными склерозированными стенками и узкими просветами. Эпидермис может быть не изменен. Эпидермальные отростки, как правило, сохранены.

Признаки характерные для склеротического лишая. В ранней стадии – дерматит пограничной зоны с вакуольной дегенерацией дермо-эпидермального соединения и субэпидермальным полосовидным (лихеноидным) лимфоцитарным инфильтратом. В поздней стадии наблюдается атрофия эпидермиса, гиперкератоз с образованием роговых пробок в устьях волосяных фолликулов. Очаговая вакуольная дистрофия дермо-эпидермального соединения. Субэпидермально отек и зона гиалинизированной соединительной ткани с телеангиэктазиями и нередко экстравазатами эритроцитов. В отличие от склеродермии отмечается широкий спектр сосудистых изменений в виде различных форм васкулитов (лейкоцитокластический, лимфоцитарный, гранулематозный). Также наблюдается диффузный лимфоцитарный инфильтрат в средней части дермы в пределах гомогенизированной зоны. В «старых» очагах воспалительная инфильтрация дермы может отсутствовать, развиваются изменения коллагена более глубоких отделов дермы, что придает им сходство со склеродермией.

Вывод: на ранней стадии имеются четкие патоморфологические различия между бляшечной склеродермией и склеротическим лишаем, что свидетельствует о самостоятельности данных нозологических форм. В поздней стадии изменения могут нивелироваться, что создает определенные трудности в диагностике. В связи с этим, следует проводит забор материала для гистологического исследования из свежих очагов.

Сухина И.А., Мешкова М.Е., Никитин В.Ю., Иванов А.М., Никитин Ю.В., Малахова Е.А., Иванникова Л.П., Ширина И.В., Сурков М.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СЕПСИСА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Введение. В настоящее время в качестве маркера для диагностики сепсиса активно исследуется экспрессия молекулы адгезии CD64 на поверхности нейтрофилов периферической крови (ПК). Есть также сообщения об экспрессии молекулы HLA-DR на моноцитах ПК как о маркере прогноза течения септической инфекции.

Цель исследования. Оценить количество нейтрофилов, несущих на своей поверхности CD64, моноцитов, экспресирующих HLA-DR и среднюю интенсивность флуоресценции (MFI) этих маркеров, а также уровень цитокинов в сыворотке крови у больных в состоянии сепсиса.

Материалы и методы. Исследована венозная ПК у 10 пациентов с верифицированным сепсисом (из них три случая с летальным исходом). Иммунофенотипирование нейтрофилов и моноцитов проводили на проточном цитометре FC 500 фирмы BeckmanCoulter (США) с использованием моноклональных антител той же фирмы в следующих комбинациях: CD14/CD64/CD45, CD14/HLA-DR/CD45. Концентрации цитокинов: интерлейкинов (ИЛ)-4,-6,-8,-10,-17,-18,-1β, интерферонов (ИНФ)-γ,-α, определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ВекторБест, Россия).

Основные результаты. В норме CD64 на нейтрофилах отсутствует. На фоне сепсиса у всех обследуемых пациентов без исключения антиген CD64 экспрессировали не менее 98% нейтрофильных клеток (*Me*=99,9±1,04%), диапазон значений MFICD64 составил 21,9-62,7 ед. (*Me*=30,7±4,29 ед.). MFI отражает степень экспрессии молекул на поверхности клеточной мембраны.

У 7 пациентов количество моноцитов было снижено (*Me*=1,2±0,56%) и у 3 находились в пределах нормы (4,2-6,1%). Молекулу HLA-DR экспрессировали от 15% до 98,5% моноцитов (*Me*=66,2±7,53%). Самые низкие значения 15% и 31% зафиксированы у 2-х

больных с летальным исходом. У 3-его больного количество HLA-DR на моноцитах составило 62,2%. У пациентов, вышедших из состояния сепсиса количество HLA-DR на моноцитах находилось в диапазоне 51,5-98,5%. Значения MFIHLA-DR составили 8,45±4,9 ед. У 3-х больных с летальным исходом значения MFI были самыми низкими (2,35-8,45 ед.), у пациентов вышедшими из сепсиса – более высокими (8,44-56,0 ед.). В контрольной группе, которую составили здоровые лица (n=13), количество моноцитов находилось в диапазоне 4-7,75% (*Me*=5,1±0,35%), рецептор HLA-DR экспрессировали минимум 94,2% моноцитов (*Me*=98,8±0,52), значения MFIHLA-DR были не ниже 25,6 ед. (*Me*=55,3±4,35 ед.).

Анализ концентрации цитокинов в сыворотке крови показал максимальные концентрации 4 цитокинов: ИЛ-6 (142,4-10588,0 пг/мл), ИЛ-8 (19,7-406,0 пг/мл), ИЛ-10 (22,4-690,0 пг/мл), ИЛ-18 (809,8-2113,0 пг/мл). При этом содержание ИЛ-18 было самым высоким.

Заключение. У больных с верифицированным сепсисом практически все активированные нейтрофилы (>98%) экспрессируют CD64 с высокой степенью экспрессии (MFI не менее 22 ед.). У больных с летальным исходом значительно снижено количество моноцитов, экспрессирующих молекулу HLA-DR (15-62%) и степень ее экспрессии (<8,44). В сыворотке крови пациентов с верифицированным сепсисом определяются самые высокие концентрации ИЛ-18, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10.

Таким образом, MFICD64 на нейтрофилах и многократное повышение концентраций ИЛ-18, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 в сыворотке крови можно считать маркерами сепсиса. Динамическое определение количества HLA-DR, экспрессирующегося на моноцитах и MFIHLA-DR перспективно рассматривать в качестве критерия прогноза течения сепсиса.

Тепляков Д.В., Назаров Е.М., Волков А.В., Смирнов Г.Б.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ.

СПб ГБУЗ "Городская Покровская больница".

Чрескожное коронарное вмешательство является наиболее эффективным способом восстановления перфузии миокарда при ОИМ. Однако, положительный результат вмешательства м.б. нивелирован ишемией миокарда, сохраняющейся из-за поражения микроциркуляторного русла (синдром No-Reflow) у 5-50% больных. Патогенез синдрома No-Reflow является комплексным и включает дистальную эмболию, ишемическое и реперфузионное поражение миокарда.

В период с 2011 по 2014 год первичное ЧКВ выполнено 143 (101 мужчина и 42 женщины) больным с тромботической окклюзией коронарной артерии. Всем больным выполнялась мануальная тромбаспирация и использовался блокатор гликопротеидных рецепторов IIb/IIIa рецепторов эптифибатид (74 больным болюсная доза препарата вводилась селективно через аспирационный катетер, 69 больным - внутривенно), с последующим стентированием коронарной артерии. Выполнялась оценка показателей коронарного кровотока и состояния микроциркуляторного русла (TIMIgradeflow, TIMIframecountcorrected, MyocardialBlushgrade), оценка степени снижения сегмента ST по данным ЭКГ.

Результаты:

Степень уменьшения элевации сегмента ST в группах интракоронарного и внутривенного введения не различалась.

Оценка скорости коронарного кровотока по шкале cTFC показала более благоприятные результаты в группе селективного введения: 24,5±6,5 кадра в сравнении с 33,0±7,0 в контрольной группе($p<0.01$).

Эффективность мануальной тромбаспирации была статистически достоверным предиктором эффективного восстановления перфузии миокарда: MBG 3 регистрировалась у 59% больных с успешной и у 8% больных с неудачной тромбаспирацией ($p<0.01$).

Выводы:

1. Интракоронарное введение болюсной дозы блокатора IIb/IIIa рецепторов эптифибатида является безопасным при выполнении чрескожного коронарного вмешательства при остром коронарном синдроме.
2. Неудовлетворительный результат мануальной тромбаспирации, характеризующийся отсутствием эвакуированного материала и/или остаточными тромботическими изменениями в коронарной артерии с обструкцией 90% и более, и/или дистальной макроэмболии является предиктором развития синдрома No-Reflow.
3. Селективное введение болюсной дозы эптифибатида через аспирационный катетер предотвращает поражение микроциркуляторного русла и развитие феномена No-Reflow при выполнении чрескожного коронарного вмешательства по сравнению с внутривенным введением по оценке скорости кровотока и шкале MBG. Сочетание мануальной тромбаспирации и интракоронарного введения эптифибатида является предпочтительным способом комбинированной профилактики синдрома No-Reflow.

Тихенко В.В.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Лица, склонные к аддиктивному поведению проникаютв воинские коллективы и там реализуют его, что приводит к различным неблагоприятным последствиям для всего воинского коллектива. При этом, наиболее актуальными для Вооруженных сил являются формы аддиктивного поведения, ассоциированные с наркотическими средствами и психотропными веществами (НСПВ) в виду их явного деструктивного воздействия. Основным методом выявления военнослужащих с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ, является иммунохимический метод, как составная часть химико-токсикологического исследования (ХТИ), который активно применяется в ВС РФ с 2013 года.

С целью совершенствования системы выявления военнослужащих с аддиктивным поведением, ассоциированным с НСПВбыло обобщен опыт проведения ХТИ в ВС РФ. Проведен всесторонний анализ результатов плановых и внезапных обследований военнослужащих с использованием методов ХТИ за 2013-2015 гг.

По данным представленным из военных округов в ходе внезапных обследований военнослужащих за 2014 год было протестировано 97937 человек и получено 442 положительных результатов экспресс-тестирования. При этом у 68 военнослужащих положительный результат был подтвержден на верификационном этапе ХТИ. В первом полугодии 2015 года при проведении плановых и внезапных проверок обследовано методом ИХА 36621 военнослужащих различных категорий выявлено 314 положительных результата, в химико-токсикологических лабораториях (ХТЛ) подтверждено 79. Таким образом, процент подтверждённых положительных результатов в 2014 году составлял не более 15,4 %, в то время, как в 2015 году уже - 25 %.

Однако, выявляемость военнослужащих с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ, иммунохимическим методом остается невысокой и, даже, имеет тенденцию к снижению. Так, проведение сплошного внезапного обследования

абитуриентовв 2014 году, поступающих в Военно-медицинскую академию, на предмет наличия НСПВ и (или) их метаболитов в моче, позволило выявить 14 человек из 1794 обследованных, что составило 0,78% от всей численности обследованных. В 2015 году при проведении внезапного сплошного обследования 2036 абитуриентов был выявлен только один случай наличия НСПВ и (или) их метаболитов в моче, который не подтвердился при верификационном исследовании. При это специалистами профессионально-психологического отбора в процессе психологического и психофизиологического обследования были выявлены абитуриенты с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ.

Недостатком методов ХТИ является большая стоимость, затраченная на выявление одного военнослужащего с аддиктивным поведением, ассоциированным с НСПВ. Так, для проведения однократного 100% тестирования всех военнослужащих ВС РФ требуется, как минимум, около 1 млн. тест-систем и одноразовых контейнеров для сбора биоматериала, а также около 100 тысяч наборов для верификации результатов исследования в ХТЛ. Не считая трудозатрат и финансовых затрат на хранение и транспортировку образцов, примерная стоимость однократного обследования такого числа лиц составляет ≈ 300 млн. рублей.

Таким образом, выявление военнослужащих с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ, которое основанно только на методах ХТИ является высоко затратными и мало эффективным. Перспективным представляется использование многоосевого подхода, который сочетает в себе не только методы ХТИ, но и экспериментально-психологические, психофизиологические и социологические методы исследования.

Тихенко В.В., Гусева О.И.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АДДИКТИВНЫМПОВЕДЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Москва, Государственный научный центр Российской Федерации — Институт медико-биологических проблем Российской академии наук

По данным мониторинга наркоситуации в Российской Федерации количество лиц, эпизодически потребляющих наркотики, составляетприблизительно5 млн. человек. Опасение вызывает тот факт, что до 80 % лиц с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ), составляют молодые люди в возрасте от 16 до 30 лет, которые являются резервом для комплектования Вооруженных сил Российской Федерации (ВС РФ). Установлено, что молодые люди с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ, проникают в ряды ВС РФ, несмотря на барьерные профилактические мероприятия, и могут составлять до 15% от численности воинского формирования. Организация и проведение психопрофилактических мероприятий, направленных на выявление этих военнослужащих,является актуальной проблемой для ВС РФ.Перспективным методом для этих целей представляется метод многомерного скрининга психического здоровья, базирующийся на многоосевой диагностике, однако использование данного метода для выявления лиц с аддиктивным поведением не разработано.

С цельюразработки многоосевой диагностики для выявления лиц с аддиктивным поведением было обследовано 107 военнослужащих, проходящих военную службу по контракту. Все обследуемые были признаны здоровыми, имели равный уровень образования,

проходили военную службу в сходных условиях, средний возраст их составлял 23,0 ±1,2года. Обследование проводилось в два этапа.

На первом этапе проводилось обследование военнослужащих на наличие метаболитов наркотических средств и психотропных веществ в биологических средах методом иммунохроматографического анализа с подтверждением результатов в химико-токсикологической лаборатории – биологическая ось. По результатам этого этапа выборка была разделена на три группы: военнослужащие с подтвержденным фактом употребления НСПВ(n = 18), уклонившиеся от тестирования на наркотики (n = 36) и группа контроля (n = 53). На втором этапе производилась оценка индивидуально-личностных особенностей военнослужащих – уровневая ось (субъективная адаптация) а, также оценивался уровень профессиональной адаптации – функциональная ось. В этих целях использовались: Анкета динамического наблюдения, которая заполнялась командирами подразделений, где проходили военную службу обследуемые военнослужащие,оценка текущей успеваемости по командирской подготовке и методики, применяемые при профессиональном психологическом отборе и сопровождении военнослужащих.

В результате проведенного обследования были установлены достоверные различия между группой военнослужащих с установленным фактом употребления НСПВ и остальными группами военнослужащих по осям субъективной и профессиональной адаптации. Так, лица,с подтвержденным фактом употребленияНСПВ, достоверно отличались от остальных групп обследованных высокими субъективными показателями адаптационных и интеллектуальных способностей при достоверно низких показателях профессиональной адаптации.

Таким образом, используя методмногоосевой диагностики, можно выявлять военнослужащих с аддиктивным поведением, ассоциированным с употреблением НСПВ.Данный метод может использоваться для организации раннего выявления таких военнослужащих наряду с существующими иммунохимическими методами, а также как предварительный метод определения группы риска военнослужащих с аддиктивным поведением для проведения последующего внезапного обследования иммунохимическими методами.

Тихомирова О.Е., Железняк И.С., Бойков И.В., Пиневская М.В.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА, СВЯЗАННОЙ С ЖЕСТОКИМ ОБРАЩЕНИЕМ С ДЕТЬМИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики

Травма живота, связанная с жестоким обращением с детьми, все чаще является причиной госпитализаций и имеет высокий процент хирургических вмешательств, поэтому рентгенологи должны знать и уметь оценивать признаки этой травмы.

Цель. Выявить особенности КТ-семиотики повреждений органов живота при травме у детей, связанной с жестоким обращением.

Материалы и методы. Обследованы 52 ребенка, с диагнозом закрытая травма живота, получивших травму насильственным путем. Для оценки выделительной функции почек в приемном покое внутривенно вводили контрастное вещество до выполнения КТ, в объеме 2-6мл, в зависимости от массы тела. Первичное сканирование проводилось через 5-10 минут. Затем проводилось контрастное исследование – контрастный препарат вводился из расчета 1-1,5 мл/кг.

Результаты. У 21 ребенка выявлены интрамуральные гематомы тонкой кишки, множественные разрывы кишки – у 3. Разрывы левой доли печени выявлены у 8 детей, правой доли печени – у 2, подкапсульные гематомы печени – у 3. Разрывы селезенки выявлены у 9 детей, подкапсульные гематомы – у 4, ушибы – у 2. Разрывы поджелудочной

железы выявлены у 19 пациентов, ушибы – у 7. Гематомы почек выявлены у 7 пострадавших, ушибы – у 3, травма сосудов – у 2. Травма надпочечников выявлена у 4 пациентов, все травмы были с правой стороны. Пневмоперитонеум выявлен у 18 детей, гемоперитонеум – у 23, комплекс гипоперфузии – у 4.

Выводы. КТ в неотложной диагностике повреждений живота у детей с методикой предварительного введения контрастного вещества позволяет выявить особенности повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, оценить функцию почек на раннем этапе обследования.

Тихонова Т.К., Бескровный С.В., Гайворонских Д.И., Козырко Е.В., Силаева Е.А.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ИНТРАМУРАЛЬНО-СУБСЕРОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Сочетание миомы и беременность встречается у 0,5-2, 5% женщин. Являясь одним из проявлений гиперпластических процессов органов-мишеней половой системы, связанных с гиперэстрогенией, миома матки нередко встречается у женщин с гормональным бесплодием и невынашиванием беременности. Вместе с тем, значительное число женщин с миомой матки сохраняет репродуктивную способность. Однако течение как доплацентарного, так и плацентарного этапов беременности, родов и послеродового периодов может осложняться в силу нарушения не только исходного гормонального фона, но и анатомо-топографических изменений структуры миометрия миоматозными узлами различной локализации. Как показано нами ранее (Тихонова Т.К. с соавт., 2013), во время беременности чаще встречается интрамурально-субсерозная локализация узлов миомы матки (79,5%).

Целью настоящего исследования явилосьизучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с интрамурально-субсерознойлокализацией узлов миомы матки больших размеров (более 6 см) в зависимости от их роста и расположения в стенке матки. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карты, диспансерных книжек и истории родов у 31 женщины с интрамурально-субсерозной и у 8 женщин с интрамуральной локализаций миоматозных узлов матки (группа сравнения), родоразрешенных в клинике акушерства и гинекологии ВМА за период с 2000 по 2012гг. По данным УЗИ до беременности и в раннем сроке беременности в зависимости от расположения миом матки выделено два типа интрамурально-субсерозной миомы матки: Тип 1 – наибольшим диаметром (на 2/3) узел располагается в толще миометрия, и только на 1/3 подбрюшинно; Тип 2 – наибольшим диаметром (на 2/3) узел располагается подбрюшинно, и только на 1/3 в толще миометрия. Группу сравнения составили 8 беременных с интрамуральной миомой. В нашем исследовании чаще в 54.8% случаев встречался тип1 (17 беременных), тип2 – у 14 беременных (45,2%). Преимущественно, в обследованных группах были повторнородящие 33-34 лет. Диагноз миомы матки был поставлен до наступления данной беременности: при типе 1 – у 50%, при типе 2 – у 64,3%, в группе сравнения – у 50% женщин. Длительность течения заболевания составила от 2 до 6 лет. Нарушение репродуктивной функции до наступления данной беременности чаще имело место у беременных с интрамурально-субсерозной миомой матки 1-го типа: бесплодие – у 47%, невынашивание беременности – у 35%, антенатальная гибель плода – у 11,2% женщин. Эти нарушения в 3 раза реже наблюдались у женщин с интрамурально-субсерозной миомой матки 2 типа. Настоящая беременность у 4-х из 17 женщин с 1-м типом интрамурально-субсерозной локализацией миомы матки наступила на фоне имеющегося рубца на матке после предшествующего оперативного вмешательства (консервативной миомэктомии, кесарева сечения).Данные

показатели не имели достоверной разницы с беременными группы сравнения и достоверно отличались от данных анамнеза женщин с интрамурально-субсерозной миомой матки 2 типа($P<0,01$).

Анализ течения настоящей беременности в исследуемых группах показал, что наиболее частым осложнением, отмеченным нами у беременных с интрамурально-субсерозной миомой матки больших размеров во всех 3-х группах, была угроза прерывания беременности в различные сроки гестации, но чаще в I триместре беременности. Однако, начавшийся выкидыш, неразвивающаяся беременность наблюдались чаще при 1-м типе и в группе сравнения. Патология положения и предлежания плода, хроническая маточно-плацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, нарушение маточно-плодового кровотока встречались преимущественно при 1-м типе и в группе сравнения. Однако антенатальная гибель одного плода из двойни в сроке 20/21 неделя наблюдалась в группе сравнения.

Типы интрамурально-субсерозных миом матки различаются и по своим клиническим проявлениям во время беременности. Наиболее часто рост опухолей во время беременности отмечен при 1-м типе – у 6 женщин (35,3%) и в группе сравнения – у 3 (37.5%). Нарушение питания по типу отека наблюдалось только при 1-м типе миом матки у 17,6% беременных и в группе сравнения – у 14,3% беременных. Некроз узла, потребовавший хирургического лечения,имел место только в одном случае в группе сравнения, беременность сохранить не удалось.

Несмотря на то, что у обследованных женщин роды в большем проценте случаев имели благоприятный исход: (роды в срок при 1-м типе – 76% и при 2-м типе – 100%), следует остановиться на осложнениях родов. Нами отмечено нарушение сократительной функции матки при интрамурально-субсерозной миоме матки 1-го типа: патологический прелиминарный период у 35,5% (в группе сравнения – 37,5%), быстрые и стремительные роды – у 23,5% (в группе сравнения – у 37,5%), слабость родовой деятельности – у 26,3% (в группе сравнения – у 22,1%). При 2-м типе данные осложнения встречались в 1,5-2 раза реже. Роды были закончены операцией кесарева сечения: при 1-м типе – у 6 из 14 женщин, при 2-м типе – у 3-х из 14 женщин, в группе сравнения –у 2-х из 4-х женщин.

К числу осложнений, наблюдавшихся в послеродовом периоде при всех типах локализации миоматозных узлов, относилась лохиометра, встречавшаяся при 1-м типе – в 23.5%, при 2-м типе –в 7.1% и в группе сравнения – в 25% случаев, и субинволюция матки, отмеченная в 25% случаев при 1-м типе локализации узлов, в группе сравнения – в 11.8% и при 2-м типе – в 7.1% случаев наблюдения.

Таким образом, наиболее неблагоприятный прогноз для течения всех сроков беременности, родов и послеродового периода у женщин с миомой матки больших размеров отмечается при 1-м типе интрамурально-субсерознойлокализации и при интрамуральной локализации миоматозных узлов (группа сравнения).

Тишков Д.С., Иорданишвили А.К., Филиппова Е.В., Либих Д.А.

ПАТОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Институт биорегуляции и геронтологии

г. Курск, Курский государственный медицинский университет

В настоящее время мало внимания уделяется изучению патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР), в том числе у лиц пожилого и старческого возраста.

Цельработы состояла в изучении распространённости патологии слизистой оболочки полости рта у взрослых жителей Юго-Западного региона России. При изучении распространенности заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка у взрослых людей различного возраста было осмотрено 2000 человек в возрасте от 20 до 89 лет.

Установлено, что у людей молодого и среднего возраста распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка была соответственно в 7,4% и 8,8% случаев соответственно. Вместе с этим следует отметить, что ни один из осмотренных людей не состоял на динамическом наблюдении у врача-стоматолога, в том числе в связи с патологией СОПР. Заболевания СОПР в пожилом возрасте выявлены у 13,6% из осмотренных людей, у 25 (5,3%) мужчин и 39 (8,3%) женщин (табл. 8). У пожилых мужчин чаще диагностировались различные формы протезного стоматита (3 чел. – 12,0%), а также протезные фибромы (2 чел. – 8,0%), метеорологический хейлит (2 чел. – 8,0%) и хейлитМанганотти (2 чел. – 8,0%), хроническая трещина нижней губы (2 чел. – 8,0%), ангулярный стоматит или заеды (2 чел. – 8,0%), а также герпетические поражения губ (2 чел. – 8,0%). В старческом возрасте заболевания СОПР выявлены у 22,6% из осмотренных людей, в том числе у 31 (8,2%) мужчины и 55 (14,4%) женщин. У мужчин старческого возраста, как и у мужчин пожилого возраста, чаще диагностировались различные формы протезного стоматита (6 чел. – 19,2%), а также протезные фибромы (2 чел. – 6,4%), метеорологический хейлит (2 чел. – 6,4%) и хейлитМанганотти (2 чел. – 6,4%), ангулярный стоматит или заеды (3 чел. – 9,60%). Появление ангулярного стоматита у всех пациентов с этой патологией, также было связано не с инфекционным агентом, а с частичной или полной утратой зубов, которая сопровождалась снижением межальвеолярного расстояния из-за нефиксированного прикуса или дистального сдвига нижней челюсти. У мужчин старческого возраста были выявлены простая (1 чел. – 3,2%) и веррукозная (1 чел. – 3,2%) формы лейкоплакии, а также лейкоплакия Таппейнера (1 чел. – 3,2%), травма СОПР (1 чел. – 3,2%), папилломы (1 чел. – 3,2%), хронические рецидивирующие афты полости рта (1 чел. – 3,2%), химиомукозиты (1 чел. – 3,2%) и радиомукозиты (1 чел. – 3,2%) , а также заболевания языка: складчатый (3 чел. – 9,6%), черный волосатый (1 чел. – 3,2%) и географический (1 чел. – 6,4%) глосситы. У женщин старческого возраста также наиболее часто выявляли изменения со стороны слизистой оболочки протезного ложа и поля в связи с диагностированием у них протезных стоматитов (11 чел. – 19,8%), а также протезных фибром (5 чел. – 9,0%).

Таким образом, с возрастом частота встречаемости заболеваний слизистой оболочки полости рта увеличивается, что обусловливается возрастными изменениями СОПР и наличием коморбидной патологии у людей пожилого и старческого возраста. В связи с относительно большой распространенностью у людей пожилого и старческого возраста таких заболеваний как хейлитМанганотти, химио- и радиомукозитов, мы совершенствовали лечение именно этих заболеваний у людей старшей возрастной группы.

Тишко В.В., Захаров М.В., Соколов А.А., Скоринова Т.С., Стрельникова О.Ю.

РАННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АФЕРЕЗА УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В настоящее время уделяется внимание не только клинической характеристике состояния больных, основанной на оценке симптомов заболевания, функциональных показателей, характера течения, общего состояния, а также оценке качества жизни (КЖ) – показателю восприятия больным состояния своего здоровья, включая физический, психологический компоненты, а также отдельные составляющие восприятия уровня здоровья.

Материалы и методы.В исследование было включено 108 больных стабильной ИБС (97 мужчин и 11 женщин) в возрасте 58±6 лет, документированной инвазивной коронарной ангиографией. В зависимости от метода проводимой терапии больные были распределены на две группы. Основную группу (50 человек) составили пациенты, которым проводилась комбинированная (ОМТ + терапевтический аферез) терапия. Терапевтический аферез

проводился в варианте курса плазмообмена криосорбированной аутоплазмой (КСАП) или каскадной плазмофильтрации (КПФ). Группу сравнения (58 человек) составили больные, которые весь период наблюдения после коронарного стентирования получали ОМТ. ТА начинался на 3-5 сутки после коронарного стентирования. Проводились 3 процедуры с интервалом 2-3 дня. Период наблюдения в основной группе больных составил 11,3±4,7 мес., а в контрольной группе – 11,9±3,8 мес. (p=0,51).

Для оценки качества жизни у больных после реваскуляризации миокарда с применением стентов нами использована русская версия опросника MOS-SF36 MedicalOutcomesStudyShortForm-36 (SF-36). Первичное тестирование больных проводилось в течение недели после коронарного стентирования, а также в конце периода наблюдения.

Результаты. Применение эфферентной терапии в раннем постимплантационном периоде коронарного стентирования приводило к улучшению показателей физического функционирования, ролевого физического функционирования, социального функционирования, эмоционально-ролевого функционирования и ментального здоровья в отдаленном периоде наблюдения (p<0,05). Данная динамика изменений сопровождалась значимым повышением интегральных показателей, характеризующих общее физическое и психологическое здоровье.

Показатели связанного со здоровьем качества жизни в группе комбинированной терапии в отдаленном периоде после коронарного стентирования были значимо выше показателей в группе медикаментозной терапии по шкалам физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), общего здоровья (GH) (p<0,05). Шкала влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) (оценка степени, в которой эмоциональное состояние оказывает влияние на выполнение работы или другой повседневной деятельности) показала значимо более высокие значения в группе комбинированной терапии (p=0,000) наряду с оценкой больными состояния своего общего здоровья в настоящий момент.

Выводы. Включение эфферентной терапии на ранних сроках после проведения коронарного стентирования приводит к существенному улучшению качества жизни больных со стабильной стенокардией напряжения по сравнению с больными, получающими после коронарной реваскуляризации только оптимальную медикаментозную терапию.

Тишко В.В., Тыренко В.В., Мешкова М.Е., Шишкевич А.Н., Олексюк И.Б.,

Сенькина Е.И., Сухина И.А., Малахова Е.А.

РАННЕЕ ПОВЫШЕНИЕ ВАСКУЛО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА-А ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО РЕСТЕНОЗА В СТЕНТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Введение. Выявление предикторов рестеноза в стенте трудно переоценить, поскольку это дает возможность лучше понять механизмы, лежащие в основе развития этого осложнения, ухудшающего прогноз реваскуляризации миокарда с применением стентов.

Цель исследования: изучить динамику уровней васкуло-эндотелиального фактора роста-А (VEGF-A) в плазме крови до и на следующие сутки после коронарного стентирования у больных стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от ангиографических данных о проходимости стента в отдаленном периоде.

Материалы и методы: В исследование было включено 84 пациента с диагнозом стенокардии напряжения 2 и 3 функциональных классов, имеющих по данным коронарной ангиографии (КАГ) стеноз одной и более коронарных артерий более 70% и которым было выполнено коронарное стентирование (КС). VEGF-A определяли в плазме крови перед проведением КС и через 24 часа после имплантации стента. Для определения концентрации

VEGF-A в сыворотке и плазме крови пациентов использовали тест-системы «eBioscience, BenderMedSystems» (Австрия) для иммуноферментного анализа («сэндвич» вариант) с применением системы усиления сигнала «биотин-стрептавидин». В конце периода наблюдения за больными (11,3±4,3 месяца) была выполнена контрольная инвазивная или многослойная спиральная компьютерная КАГ.

Результаты: У 9 (11%) больных обнаружены ангиографические признаки рестеноза (уменьшение просвета сосуда в области стентирования >50% у пациентов, которым выполнялась инвазивная коронарная ангиография и/или наличие гиперплазии в области имплантации стента и 1,0 см по краям стента, сужающей просвет сосуда до уровня субокклюзии – по данным компьютерной коронарной ангиографии). Значимых различий между исходными уровнями VEGF-A в группе пациентов с рестенозом и в группе больных, у которых рестеноз не был верифицирован при контрольной КАГ (p=0,67), не обнаружено (Me (Q_L - Q_H): 476 (268; 767) пг/мл и 560 (339; 766) пг/мл, соответственно). Через 24 часа после имплантации стента у больных с рестенозом было установлено статистически значимое увеличение уровней VEGF-A с 476 (268; 767) пг/мл до 1117 (612; 1452) пг/мл (p<0,05). У пациентов без рестеноза на следующие сутки после КС значимых изменений данного показателя установлено не было (p>0,05). Вышеуказанные уровни VEGF-A на следующие сутки после КС в группе больных с рестенозом были значимо выше по сравнению с уровнями VEGF-A в группе сравнения (p<0,001). Также была установлена положительная умеренная корреляционная связь между уровнем VEGF-A в плазме крови через 24 часа после имплантации стента и ангиографическим рестенозом (r=0,65; p=0,001).

Заключение: Исходно невысокий уровень VEGF-A в плазме крови и последующее за ним внезапное повышение после КСследует рассматривать какпредиктор высокого риска формированиярестеноза в стенте в отдаленном периоде после КС. Такие больные требуют усиленного динамического наблюдения и клинического контроля с ранним применением стресс-тестов и последующей КАГ.

Ткаченко А.Н[1]., Петрова И.В.[1], Торчинов К.Э.[2], Алказ А.В.[1]

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА МЕГАПОЛИСА

1.Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2. Санкт-Петербург, СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

Показатели летальности при болезнях сердечно-сосудистой системы у населения РФ остаются на первом месте и не имеют устойчивой тенденции к снижению. Вероятно, с увеличением общей продолжительности жизни населения, будет возрастать и послеоперационная летальность у пациентов пожилого и старческого возраста. Лечение больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины. Несмотря на широкое повсеместное внедрение разных видов протезирования сосудов, особое место продолжают занимать случаи ампутации нижних конечностей в связи ОАСНК. Для этих вмешательств по-прежнему характерны значительная частота послеоперационных осложнений и, как следствие этого, высокий уровень послеоперационной летальности. Вместе с тем, вопросы, касающиеся поиска путей снижения летальности при проведении ампутаций нижних конечностей у больных старших возрастных групп, пока еще не находят однозначного освещения в научной литературе и публикациях методического плана.

Цель исследования состояла в изучении причин летальных исходов и анализе аспектов организации медицинской помощи при ампутациях нижних конечностей,

проводимых по поводу ОАСНК, в условиях многопрофильного геронтологического стационара.

В Санкт-Петербургском госпитале для ветеранов войн (Госпиталь) в течение последних 5 лет ампутации нижних конечностей по поводу ОАСНК проведены 694 пациентам в возрасте от 65 до 96 лет. Большинство больных – 489 наблюдений (70,5%), поступило в порядке оказания неотложной медицинской помощи. При среднем возрасте пациентов 80,4 ± 5,5 лет мужчины составили 375 наблюдений (54%).

Существующий в Госпитале алгоритм ведения больных, которым показана ампутация, соответствует требованиям Федерального стандарта и позволяет осуществлять подобные вмешательства после комплексного обследования с минимальным риском для пациентов.

В раннем послеоперационном периоде умерли 196 пациентов (28,2%). В 4,3% случаев (30 чел.) летальный исход наступил по причине нарастающей интоксикации и отека головного мозга, в 46 (6,7%) наблюдениях констатирован острый инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). У 34 (4,9%) пациентов причиной смерти оказалось острое нарушение мозгового кровообращения, еще у 22 (3,2%) больных – гипостатическая пневмония с нарастающей полиорганной недостаточностью. В целом показатель послеоперационной летальности составил 26,1%.

В тяжелом и крайне тяжелом состоянии с ОАСНК, хронической артериальной недостаточностью IV стадии или с влажной гангреной нижней конечностью, что потребовало выполнения ампутации в экстренном порядке, поступали 152 (21,9%) пациентов. Послеоперационная летальность в этой группе отмечена на уровне 63,4% (96 наблюдений).

Выводы. Таким образом, несмотря на соответствующую организацию оказания медицинской помощи при ампутациях нижней конечности больным с ОАСНК, результаты лечения нельзя признать однозначно положительными. Перспективным направлением является диспансерное наблюдение таких пациентов, своевременное высокотехнологичное оперативное лечение этой патологии с использованием различных методик ангиопластики и протезирования сосудов. Целесообразно также проведение комплекса реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапах медицинского обеспечения населения, с дальнейшим динамическим диспансерным наблюдением пациентов. Снижение уровня послеоперационной летальности возможно при усилении организационного взаимодействия между администрациями лечебно-профилактических учреждений амбулаторно-поликлинического и стационарного уровней.

Ткачук Н. А., Жекалов А.Н., Першин В.Н., Цепкова Г.А.

ФОРМИРОВАНИЕ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Санкт-Петербург, Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова

Одной из примет современного мира являются многочисленные катастрофы, характерной особенностью которых является многообразие поражающих факторов.

Основными поражающими факторами как природных, так и техногенных катастроф могут являться:

- динамические (механические) воздействия на организм взрывной волны, обвалов, метательное действие, вторичные снаряды, падение с высоты, придавливание разрушенными конструкциями зданий, шахт;

- термические воздействия (высокие и низкие температуры, лучистая энергия);

- радиационные излучения;
- химические вредные вещества (СДЯВ) — хлор, аммиак, нитраты и др.;
- биологические (бактериологические) средства и т.д.

По ряду параметров эти факторы аналогичны или почти аналогичны воздействию на человека современного оружия массового поражения. Санитарные потери среди населения и персонала объектов при катастрофах обычно возникают внезапно и их количество, как правило, превышает возможности местного здравоохранения по оказании людям медицинской помощи в оптимальные сроки для спасения жизни и предупреждения опасных осложнений. Размер потерь и число погибших при каждом виде катастроф колеблются в большом диапазоне в зависимости от ряда условий: от характера объекта, на котором произошла катастрофа, интенсивности действия возникших поражающих факторов, численности персонала объекта, плотности населения в зоне катастроф, характера застройки, степени защиты и готовности населения и т. д.

В структуре потерь высок удельный вес сочетанной и множественной травмы.Одной из важнейших задач в деятельности терапевтов является своевременная диагностика и лечение висцеральной патологии у пациентов с травмой. Патология внутренних органов у травмированных утяжеляет течение травматической или ожоговой болезни, способствует увеличению длительности лечения, а в ряде случае может быть непосредственной причиной летальных исходов. Еще одна постоянная патология, имеющаяся в той или иной степени выраженности практически у всех пострадавших - острые реактивные состояния, вследствие возникновения острых психогений. При этом от 10 до 13 % нуждаются в лечении в условиях психоневрологического стационара. Психотравмирующее действие чрезвычайных ситуаций (ЧС) и катастроф приводит к резкому увеличению количества случаев обострения хронической патологии и, прежде всего - сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, к особенностям санитарных потерь терапевтического профиля при ЧС мирного времени следует отнести:

- возможность одномоментного возникновения большого количества санитарных потерь терапевтического профиля;
- опасность для окружающих некоторых форм поражений;
- комбинированный характер поражений;
- быстрое прогрессирование тяжести некоторых поражений;
- нуждаемость большого числа пораженных и больных в неотложной медицинской помощи;
- частое возникновение ранних и поздних осложнений, угрожающих жизни;
- нуждаемость в длительном госпитальном лечении и реабилитации;
- недостаточная изученность патогенеза, клиники, диагностики и методов лечения некоторых видов патологии в связи с отсутствием ее в обычное время.

Ткачук Н.А., Жекалов А.Н., Першин В.Н., Цепков Г.А.

РОЛЬ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ В ДОЛГОВРЕМЕННОЙ АДАПТАЦИИ К ВОЗДЕЙСТВИЮ КОМПЛЕКСА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВОЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Дляизучения процессов долговременной адаптации у военнослужащих по контракту, работа которых непосредственно связана с уничтожением химического оружия (ХО), была положена концепция В.П. Казначеева (1986) г. Им было выделено 3 морфо-конституциональных конституциональных типа: "спринтер” (организм способеносуществлять мощные физиологические реакции в ответ на значительные, но кратковременные нагрузки, феногенетические свойства мало приспособлены к

выдерживанию длительных нагрузок); "стайер" (менее приспособлен к переносимости значительных кратковременных нагрузок, после относительно кратковременной перестройки может выдерживать продолжительные равномерные воздействия); "микст" или "пластичный" тип (промежуточные типологические особенности между первыми двумя).

Для выявления этих морфофункциональных типов была использована кистевая динамометрия по В.В. Розенблату в модификации Давиденко В.И. и Казначеева С.В. (1980). Для оценки умственной работоспособности была использована корректурная проба, которая позволяла исследовать произвольное внимание по отношению к зрительно воспринимаемым объектам (с использованием таблицы Анфимова). Физическая работоспособность сердца при физической нагрузке оценивалась с помощью пробы Руфье. Обследование проводилось на протяжении 6 месяцев: при начале работ с ОВ, через 1, 3 и 6 месяцев.

Направленность изменений изученных показателей свидетельствует о том, что на организм военнослужащих, в условиях работ по детоксикации ОВ, воздействует комплекс экстремальных военно-профессиональных факторов. При этом наиболее выраженные нарушения психофизиологического статуса отмечались у военнослужащих ''спринтерского" конституционального типа. Сердечно-сосудистая система функционирует на протяжении 3-х мес. в группах "стайеров" и "микст" с напряжением. С наибольшим напряжением она функционирует в группе "спринтеров" на протяжении всех 6 мес. пребывания вышеупомянутых условиях.Таким образом, по нашему мнению, процесс адаптации военнослужащих по контракту "стайерского" и "пластичного" типа в течении первых 3-х месяцев службы сопровождался напряжением функциональных систем организма, однако в группе лиц "спринтерского" типа конституции это напряжение было более выраженным. Вместе с тем физическая работоспособность как интегральный показатель качества адаптивных реакций не всегда позволял оценить эту стратегию. Так, выявленное нами снижение показатель сердечной деятельности к 6-му мес. (свидетельствующее о повышении физической работоспособности) в группе "стайеров" и "микст" достигалось, вероятно, чрезмерным напряжением гомеостатических механизмов. Физиологическая "цена" такого уровня физической работоспособности для организма, очевидно, была слишком высока. Можно предполагать, что поддержание в течении длительного времени такой физической работоспособности в группах "стайеров" и "микст" при дальнейшем воздействии комплекса неблагоприятных факторов окружающей среды, могло привести в конечном итоге к перенапряжению механизмов адаптации и выраженному снижению не только физической и умственной работоспособности, но и эффективности функционирования целостного организма.

Ткачук Н.А., Жекалов А.Н., Гаврилюк Б.Л. Цепкова Г.А., Першин В.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМАВ ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ФБГВОУ ВПО Военно-медицинская академия им С.М Кирова МОРФ, Санкт-Петербург, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) и ее осложнения являются одной из наиболее частых причин смерти в среднем и пожилом возрасте. К быстрому формированию стойкой АГ часто приводит недооценка пусковых этиопатогенетических факторов. Наиболее часто игнорируются длительные психоэмоциональные и физические перегрузки, а также наличие различных коморбидных заболеваний, которые ведут к стойкому вегетативному дисбалансу и нарушению механизмов регуляции артериального давления (АД). Хронический болевой синдром очень часто сопровождает заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА). Длительно существующий болевой синдромоказывает негативное влияние на вегетативный

статус организма, а длительное сохранение вегетативной дисфункции может привести к нейроэндокринному дисбалансу и повысить вероятность дебюта АГ.

Целью исследования было изучение клинико-функциональных особенностей начальных стадий гипертонической болезни с сопутствующим хроническим болевым синдромом у военнослужащих по контракту, участвовавших в уничтожении отравляющих веществ (ОВ) на объектах хранения и уничтожения химического оружия (ОХУХО). Было обследовано41 человек (мужчины) с пограничной АГ и гипертонической болезнью I стадии. Из них в основную группу вошли 19 человек (средний возраст 35,7±3,5 лет) у которых наряду с АГ имелась патология ОДА с хроническим болевым синдромом с длительностью 3,2±1,7 года. В контрольную группу были включены 22 человека (средний возраст 33,7±3,2 лет) у которых АГ не сопровождалась коморбидной патологией.

В ходе исследования установлено, что в основной группе у большинства пациентов (84,2%) хронические боли в спине имели невертеброгенное происхождение. Наиболее частыми причинами болевого синдрома были миотонический и миофасциальный синдромы, значительно меньше - радикулопатия, а также различные дисфункции позвонков. Наиболее частой локализацией хронического болевого синдрома были шейный (89,5%) и поясничный/пояснично-крестцовый (78,9%) отделы. При этом, наличие хронического болевого синдрома с локализацией в 2-х отделах наблюдалось в 36,8% случаев.

По результатам суточного мониторирования АД у обследованных основной группы выявлены достоверно более высокие значения индексов времени повышенной нагрузки систолическим АД и диастолическим АД, как днем, так и ночью. Установлено преобладание в основной группе лиц с недостаточным снижением артериального давления (non dipper) в ночное время (47,4% и 18,2% соответственно).По результатам изучения вариабельности сердечного ритма установлено, что по сравнению с контрольной, в основной группе наблюдалось более выраженное повышение активности симпатического отдела нервной системы. При этом степень выраженности вегетативного дисбаланса имела достоверную корреляционную связь с длительностью хронического болевого синдрома в спине.Анализ спектра колебаний ритмограммы показал, что её низкочастотный компонент имеет большие (на 25%), а низкочастотный - меньшие (на 7 %) значения у лиц основной группы.

Таким образом, у военнослужащих в условиях напряженного военного труда наличие хронического болевого синдромана начальных этапах формирования АГ чаще носит функциональный характер. Тем не менее, он может приводить к существенному вегетативному дисбалансу. Наличие такого дисбалансаявляется неблагоприятным фактором, способствующим формированию гипертонической болезни.

Тулупов А.Н., Баринов О.В., Попов В.И., Фуфаев Е.Е., Попова Т.В.

РОЛЬ ВИРУСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Профилактика и лечение острых инфекционных деструкций легких по-прежнему остается весьма актуальной проблемой торакальной хирургии, особенно в настоящее время, когда свирепствуют эпидемии гриппа H1N1 «свиного», H5N1 «птичьего» и других разновидностей.

Исследования неспецифической противовирусной клеточной резистентности проведенные у наших больных острыми инфекционными деструкциями легких показали, что у 120 из 153 пациентов (78,4%) отмечено достоверное увеличение количества моноцитов и лимфоцитов с вирусными включениями и коэффициента их вирусного поражения. Так, у больных гангреной легких значительно увеличен процент мононуклеарных фагоцитов, содержащих вирусные включения (60,4 ± 6,8 % при значении в контроле 9,2 ± 0,9%),

коэффициент вирусных включений в мононуклеарных фагоцитах (1,66 ± 0,17% при норме 0,20 ± 0,03%), а также процент лимфоцитов, содержащих вирусные включения (8,5 ± 1,9% при норме 2,5 ± 0,1%), и коэффициент вирусных включений в лимфоцитах (1,85 ± 0,17% при норме 0,3 ± 0,07%). У пациентов острыми абсцессами легких вирусное поражение встречалось реже, а вышеотмеченные показания имели меньшие изменения. Необходимо отметить, что наиболее часто вирусная инвазия выявлялась у больных с гнойно-гнилостным процессом в легких.

Доказано, что у больных острыми инфекционными деструкциями легких закономерно возникают выраженные нарушения клеточных звеньев в сочетании с увеличением количества моноцитов и лимфоцитов с вирусными включениями и коэффициента их вирусного поражения.

Таким образом, анализ полученных нами данных свидетельствует о том, что в возникновении острых инфекционных деструкций легких важная роль наряду с патогенной микрофлорой принадлежит и вирусной инфекции.

Тыренко В.В., Голубцов О.Ю.,Бологов С.Г.

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ АНТРАЦИКЛИНАМИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕЦИИ ТИОТРИАЗОЛИНОМ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Препараты антрациклинового ряда, в частности доксорубицин, до сих пор являются одними из самых эффективных и широко применяемых химиотерапевтических средств. Использование антрациклинов ограничено, в частности, возможностью развития тяжелой кардиотоксичности, которая может быть острой или хронической. Наибольшее опасение в настоящее время вызывает хроническая кардиотоксичность, проявляющаяся и спустя годы после окончания терапии. Она сопровождается прогрессирующей систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), приводящей к необратимой застойной сердечной недостаточности. Клинически выраженная антрациклиновая кардиотоксичность характеризуется крайне неблагоприятным прогнозом.Антрациклиновая кардиотоксичность является многофакторным процессом, который приводит к апоптозу кардиомиоцитов. Основным субстратом энергетического метаболизма миокарда является АТФ. В здоровом миокарде жирные кислоты являются основным источником энергии, так как способствуют образованию 60-80% энергии. При использовании клеточных культур в опытах на животных было установлено, что доксорубицин оказывает негативное влияние на метаболизм ЖК в сердце. При лечении доксорубицином происходит увеличение уровня ЖК в сыворотке. Доксорубицин препятствует окислению пальмитата, ЖК длинной цепи. В качестве возможного механизма было предложено повреждение карнитинпальмитоилтрансферазы-1 и/или истощение запасов L-карнитина. При сердечно-сосудистых заболеваниях, по крайней мере на их ранних стадиях, ослабление перекисного окисления липидов сопровождается усилением утилизации глюкозы в качестве компенсаторного механизма. При лечении доксорубицином ситуация складывается по-другому. Кардиомиопатия, индуцированная доксорубицином, связана с понижением утилизации каждого из субстратов, как ЖК, так и глюкозы. Другой причиной уменьшения гликолиза может быть повреждение фосфофруктокиназы – фермента, лимитирующего скорость гликолиза. Другими мишенями доксорубицина, которые потенциально могут нарушать окислительную выработку АТФ, являются белково-липидные комплексы, вовлеченные в передачу АТФ и ФК из митохондрии в цитозоль.

Таким образом, нарушения метаболизма, в частности изменение интенсивности b-окисления ЖК, процессов образования транспорта и утилизации АТФ, играют существенную роль как в патогенезе онкологических заболеваний, так и в патогенезе развития

кардиотоксического действия доксорубицина. Структурные нарушения в кардиомиоцитах возникают задолго до клинических проявлений и начинаются даже после однократного воздействия. Все это делает весьма привлекательной идею профилактики метаболических нарушений во время химиотерапии.

Тиотриазолин – препарат метаболического действия с обширной доказательной базой в кардиологии. Тиотриазолин обладает не только способностью улучшать энергетический обмен миокарда, но и обладает выраженными антиоксидантными свойствами. Сходный патогенез метаболических нарушений при воздействии доксорубицина и при ХСН, позволяют предположить его высокую эффективность. В настоящее время в клинике факультетской терапии ВмеДА проводится клиническое исследование, изучение эффективности тиотриазолина в профилактике развития доксорубициновой кардиотоксичности у онкогематологических больных. Предварительные результаты свидетельствуют о перспективности данного препарата.

Тыренко В.В., Голубцов О.Ю.,Бологов С.Г., Семелев В.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ КАРДИТОКСИЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

Как известно, многие препараты, используемые в программах ПХТ при онкогематологических заболеваниях, имеют кардиотоксический эффект, который может проявляться бессимптомными изменениями на электрокардиограмме, развитием инфаркта миокарда, артериальной гипотензии, гипертензии, аритмий, нарушений проводимости, перикардита, тромбоэмболических осложнений, токсической кардиомиопатии с явлениями тяжелой сердечной недостаточности, рефрактерной к лечению. Риск развития кардиотоксичности увеличивают степень экспозиции препарата, возраст пациента, заболевания сердечно-сосудистой системы в анамнезе, артериальная гипертензия, предшествующая лучевая и/или ПХТ. При этом особенно сложным остается вопрос о продолжении лечения гемобластоза.

Нами диагностирована острая кардиотоксичность у пациента 21 года с диагнозом: Острый миелоидный лейкоз, t(8;21) (FAB – M2). До возникновения кардиотоксичности пациенту было проведено несколько курсов полихимиотерапии (2 курса «7+3» (цитозар 100 мг/м^2 2 раза в сутки, даунорубицин 60 мг/м^2)), 3 курса «HiDAC» (циторабин 3 г/м^2, 2 раза в сутки), 2 курса по схеме «5+5» (цитозар 100 мг/м^2 №5, меркаптопурин 60 мг/м^2 №5). Суммарная доза антрациклинов составила 360 г/м^2. При этом, после 1-го курса индукционной терапии была получена первая полная клинико-гематологическая ремиссия и в дальнейшем течение заболевание протекало без выраженных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Через 8 месяцев, после получения первой клинико-гематологической ремиссии больному в связи с развитием рецидива проведено 2 курса по протоколу «HiDAC+high single dose Mito» (цитозар 3 г/м^2 в/в № 5, митоксантрон 80 мг/м^2 в/в). После проведения 2-го курса отмечено ухудшение состояния в виде нарастания обшей слабости, головокружения, появление одышки смешанного характера, болей ноющего характера в прекордиальной области. По данным проведенных исследований: ЭКГ – мониторинг - трепетание предсердий с ЧСЖ 140 в 1 мин с проведением 2:1; ЭХО-КГ - фракция выброса 32%, акинез в базальном и срединном перегородочных сегментах; тропонин-Т (качественным способом) - положительный.Данная ситуациябыла расценена как острая кардиотоксичность с явлениями тяжелой сердечной недостаточности, ввиду чего была начата терапия ингибитороми АПФ, бетаблокаторами, антикоагулянтами, диуретиками. В качестве миокардиального цитопротектора использовался неотон в суточной дозе 4 г. Через 2-е сутокот начала

кардиотропной терапии отмечалась нормализация показателей гемодинамики, восстановление синусового ритма. Через 2 недели по данным эхокардиографии сократительная способность миокарда нормализовалась. При контрольном холтеровском мониторировании ЭКГ гемодинамически значимых нарушений ритма не зафиксировано.

Таким образом, больным у которых проводится или планируется проведение высокодозной полихимиотерапия целесообразно выполнять длительный кардиомониторинг не только перед началом очередного курса, но и в обязательном порядке в процессе его проведения. При этом своевременное назначение кардиопротекторной терапии позволяет снизить выраженность проявлений острой кардиотоксичности.

Тыренко В.В., Кольцов А.В., Качнов В.А., Рудченко И.В.

ОЦЕНКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИМЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценитьметод объемной сфигмографии сфигмографомVaSera VS-1500N.

Материалы и методы: на базе клиники факультетской терапии было проведено исследование группы пациентов из 82 человек от 20 до 65 лет (средний возраст 43±5,2 лет): 43 мужчин и 39 женщин, страдающих: нейроциркуляторной дистонией (первая группа) – 10 человек, сахарным диабетом (вторая группа) – 30 человек, в том числе 10 человек с нарушенной толерантностью к углеводам, артериальной гипертензией (третья группа) – 42 человек.

Результаты исследования: было выявлено, что у пациентов с НЦД диагностически значимых изменений показателей CAVI и ЛПИ выявлено не было (среднее значение CAVI - 7,04±0,4; ЛПИ – 1,12±0,05). Больные СД 2 типа (среднее значение глюкозы крови натощак – 6,4±0,3 ммоль/л) имели более выраженные изменения сосудистой стенки: среднее значение CAVI 8,99±0,5; ЛПИ 0,94±0,03. У девяти человек уровень глюкозы крови натощак составил 8,3±0,5 ммоль/л, CAVI и ЛПИ у этих больных в большей степени превышали референтные значения: 9,05±0,5 и 0,8±0,5 соответственно. С помощью лабораторных методов у этих пациентов выявлялась дислипидемия: общий холестерин – 6,07±0,16 ммоль/л, триглицериды – 1,7±0,13 ммоль/л, ЛПНП – 3,47±0,12 ммоль/л, ЛПВП – 1,68±0,14 ммоль/л, с помощью других инструментальных методов (УЗДГ БЦА) – слоистое строение КИМ без увеличения толщины КИМ (0,9±0,03 мм) в 81% случаев. У больных с нарушенной толерантностью к углеводам, отличающихся от нормальных значений CAVI и ЛПИ, выявлено не было. Пациенты третьей группы, страдающие с АГ (АД 160/85±15/10 мм ртст), имели более выраженные изменения сосудистой стенки: среднее значение индекса CAVI составило 8,53±0,04; ЛПИ – 1,04±0,03. У 13 человек CAVI достигал 9,68±0,5; при УЗИ у этих же больных отмечалось утолщение КИМ до 1,0 – 1,1 мм (при норме до 0,9 мм) на общих сонных артериях. Липидный профиль: общий холестерин – 6,51±0,14 ммоль/л, триглицериды – 1,69±0,12 ммоль/л, ЛПНП – 3,51±0,13 ммоль/л, ЛПВП – 1,69± 0,12 ммоль/л. В первой группе значимых изменений сосудистой стенки выявлено не было, о чем свидетельствуют показатели сфигмографии, УЗИ и лабораторные методы исследования. У девяти человек из второй группы было выявлено повышение уровня глюкозы натощак, и у этих же больных CAVI и ЛПИ также превышали нормальные значения, что говорит о клинически значимых изменениях сосудистой стенки и доказывает точность сфигмографии. В третьей группе у десяти человек были выявлены изменения жесткости сосудистой стенки, что подтверждено контрольными лабораторными и ультразвуковыми методами исследования. Таким образом, наиболее выраженные изменения сосудистой стенки отмечались у больных из второй группы с сахарным диабетом 2 типа, а у пациентов с НЦД диагностически значимых изменений

выявлено не было. Большая вероятность появления стенозов наблюдалась также у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Выводы: метод объемной сфигмографии прибором VaSera VS 1500 N является незаменимым при проведении скрининговых обследований с целью выявления доклинических, бессимптомных форм патологии сосудов, при периодических медосмотрах и диспансеризации, позволяет выявить группу высокого сердечно-сосудистого риска, а у больных с уже развившейся ишемической болезнью оценить степень поражения коронарного русла, а также косвенно оценить сократительную способность миокарда. Важным преимуществом данного способа является простота и быстрота исследования, результаты не зависят от исследователя, не требует сертификации специалистов.

Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

г. Санкт-Петербург, Городская поликлиника № 53

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Проведено исследование, целью которого было изучить частоту встречаемости и особенности клинического течения стоматологических заболеваний у взрослых людей, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом. Установлено, что у взрослых людей, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, по сравнению с контрольной группой, установлена более высокая частота встречаемости и интенсивность течения кариеса зубов, которые увеличиваются с возрастом и в старшей возрастной группе достигают максимальных значений, как в контрольной группе (92,3% случаев, индекс КПУ=15,1, соответственно), так и у больных, страдающих болезнью Крона (99,1% случаев, индекс КПУ=25,7, соответственно) и хроническим неспецифическим язвенным колитом (98,1% случаев, индекс КПУ=25,1, соответственно). Среди некариозных поражений при болезни Крона и хроническом неспецифическом язвенном колите, как и в группе контроля, чаще встречаются заболевания твёрдых тканей зубов, развивающиеся после их прорезывания, а именно повышенная стираемость (23,7%, 22,9% 17,1% случаев, соответственно), клиновидные дефекты (24,2%, 22,5% и 16,5% случаев, соответственно) и эрозии зубов (21,3%, 20,6%, 10,4% случаев, соответственно), а также чаще диагностируются средне-тяжелые формы хронического генерализованного пародонтита (в 97,5%, 75,0% и 52,9% случаев, соответственно), хронические катаральный (в 65,0%, 73,0% и 27% случаев, соответственно) и рецидивирующий афтозный (в 52,5%, 35,0% и 17% случаев, соответственно) стоматиты.Уровень оказания стоматологической помощи лицам, страдающим болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом, по данным индекса УСП, характеризуется как недостаточный (49,1 % и 47,3%, соответственно), по сравнению с лицами контрольной группы, у которых значение индекса УСП оценивается как удовлетворительное (62,7%). Морфологическое строение эмали и дентина зубов у лиц, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника, и в контрольной группе существенно не различается, соответствует возрастным изменениям твёрдых тканей зубов и определяется протекающими патологическими процессами кариозного и некариозного происхождения. У больных с воспалительными заболеваниями кишечника установлено достоверное понижение уровня минерализации эмали, особенно в её поверхностных слоях (89,95 мас.%), по сравнению с контрольной группой (90,75 мас.%).Определяемые клинико-физиологическими методами исследования увеличение диаметра артериолярной и венулярной частей капилляров пародонта, а также деформация микрососудов, замутнённость и смазанность микрососудистого рисунка слизистой оболочки полости рта при хронических

воспалительных заболеваниях кишечника свидетельствует о развитии ангиопатии, степень выраженности которой определяется тяжестью клинического течения основного заболевания. Тяжесть расстройств гемомикроциркуляторного русла на фоне повышенной гидратации внеклеточных пространств слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта у лиц, страдающих болезнью Крона выражена больше, чем при хроническом неспецифическом язвенном колите. У больных, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом выявлены высокая частота встречаемости оппортунистической вирусной инфекции Эпштейна-Барр в слизистой оболочке полости рта (в 36,9%и в 45,0% случаев, соответственно), а также достоверные различия в уровнях про- и противовоспалительных цитокинов ротовой жидкости (ИЛ-6; ИЛ-8; ИЛ-10), по сравнению с контрольной группой, что указывает на неблагоприятном влиянии хронических воспалительных заболеваний кишечника на цитокиновый профиль ротовой жидкости и местный иммунитет полости рта.

Улюкин И.М.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Известно, что количество больных ВИЧ−инфекцией в России имеет тенденцию к росту, хотя данной проблеме уделяется постоянное внимание. Поэтому целью нашего исследования стало выявление психосоматических закономерностей динамики качества жизни (КЖ) больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания, как при естественном течении, так и на фоне антиретровирусной терапии, с целью выбора оптимальной схемы лечебно-диагностического процесса (ЛДП) и реабилитационных (медико-психологических, социальных, профессиональных) мероприятий (РМ).

Обследовано 479 человек, в том числе 242 больных (средний возраст – 28,5±2,1 г.), при различной длительности и путях инфицирования. Клинико-лабораторными тестами установлено, что 53,7 % обследованных пациентов (130) относились к клинико-иммунологической категории (стадии) «А», 25,6 % (62) – к стадии «В», и 20,7 % (50) – к стадии «С» (СПИД).Экспериментально-психологическое обследование пациентов проводилось согласно батарее методик, куда вошли русская версия Опросника КЖ ВОЗ «ВОЗКЖ-100», Тест нервно-психической адаптации, Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни, Методика «Индекс жизненного стиля», Методика «Прогноз» для определения нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе, Методика К.Юнга для исследования характерологических особенностей личности, Торонтская алекситимическая шкала (TAS), Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, Методика Д. Тейлор для исследования уровня личностной тревожности, Методика В. Зунга для исследования депрессии, Методика Д. Рассела и М. Фергюсона для исследования субъективного чувства одиночества, Методика исследования общей ригидности в стандартной интерпретации. Для сравнения психометрических показателей использовались результаты аналогичных исследований ВИЧ-серонегативных 237 практически здоровых лиц (контрольная группа).

На основании полученных данных нами была построена структурно-функциональная модель нарушения КЖ больных ВИЧ-инфекцией, которая позволила определить психо-соматические закономерности динамикиих КЖ в ходе развития заболевания (которое на начальных стадиях заболевания определяется психологическим и социальными преобразованиями, а на клинически выраженных – соматическими изменениями, проявляющимися, в частности, органической патологией ЦНС) и подходы к выбору оптимальной схемы ЛДП и РМ на различных стадиях заболевания, которые зависят от клинического состояния пациента.

Разработанную нами на базе структурно-функциональной модели нарушения КЖ у больных ВИЧ-инфекцией систему психотерапевтического сопровождения в комплексной программе терапии этих пациентов в динамике заболевания целесообразно внедрять при реализации всех моделей реабилитации больных (экспертная, центрированная на окружении, клиент-центрированная), и её рекомендуется проводить, начиная с момента постановки пациентов на учёт, по следующим направлениям: возможности различных видов реабилитации с учётом потребностей пациента; уточнение влияния проводимой специфической терапии на различные стороны жизнедеятельности и выделение факторов, вносящих наиболее весомый вклад в обусловленные лечением изменения КЖ; определение эффективности работы лечебно-профилактического учреждения для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.

Улюкин И.М., Орлова Е.С., Буланьков Ю.И.

К ВОПРОСУ ОБ УСТАЛОСТИ У ЛИЦ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Особенности физического, умственного и хронического утомления лиц предпризывноговозрастав периоде их адаптации, в частности, к учебному процессу, определяющие наиболее типичные проявления дискомфорта и снижения работоспособности, сдвиги в мотивационном отношении к ситуации и эмоциональная окраска её субъективного восприятия, изучены недостаточно, что и явилось причиной настоящего исследования.

Нами были изучены различные виды утомления − физическое (ФУ), умственное (УУ), хроническое (ХУ)у 50 практически здоровых студентов первого курса гуманитарного университета (М / Ж = 1 / 1), средний возраст 17,88±0,64 лет, в соответствии с рекомендациями «Методов субъективной оценки функциональных состояний человека» [ЛеоноваА.Б., Капица М.С., 2003]. Исследование проводилось групповым методом в течение 40 мин. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных». Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики.

Показано, что в основном данные исследованных параметров соответствуют легкой степени утомления (кроме ХУ в группе Ж, которая в целом была расценена как умеренная, но при большом разбросе данных), и между группами они различались недостоверно.

Вместе с тем, отмечена высокая корреляция (сильная – $r>0,70$, и средняя − $0,50<r<0,69$) между исследованными параметрами как в целом по группе - (ФУ / УУ: r=0,76, ФУ / ХУ: r=0,65, УУ / ХУ: r=0,71), так и в подгруппах М - (ФУ / УУ: r=0,73, ФУ / ХУ: r=0,7, УУ / ХУ: r=0,69) и Ж - (ФУ / УУ: r=0,84, ФУ / ХУ: r=0,62, УУ / ХУ: r=0,71).

Известно, что в процессе адаптации студенты испытывают такие основные трудности, как поиск оптимального режима труда и отдыха в новых для них условиях; неумение осуществлять психологическое саморегулирование поведения и деятельности, усугубляемое отсутствием привычки к повседневному контролю педагогов; отсутствие навыков самостоятельной работы, неумение конспектировать, работать с первоисточниками, справочной литературой и т.п.; налаживание быта и самообслуживания, особенно при переходе из домашних условиях в общежитие; отрицательные переживания, связанные с уходом бывших учеников из школьного коллектива с его взаимной помощью и моральной поддержкой; в ряде случаев неопределённость мотивации выбора профессии, и, как следствие, недостаточная психологическая подготовка к ней.

Полученные результаты нашего исследования показывают, что студенты 1 курса, находящиеся в процессе адаптации к длительному обучению в ВУЗе, в целом справляются с испытываемыми ими нагрузками.

Важно отметить, что для их успешной адаптации необходимы создание благоприятного психолого-педагогического микроклимата в студенческих группах на основе взаимодействия со студентами с целью предупреждений отклоняющегося поведения, преодоления трудностей в учебе, решения личностных проблем в адаптационный период посредством оказания консультативной или иной другой помощи; раннее выявление и предупреждение возможных нарушений в период социализации личности студента посредством психодиагностики и консультирования; выявление дезадаптированных студентов группы риска; формирование и индивидуализация умений самоорганизации в соответствии с личностными особенностями студента.

Улюкин И.М., Орлова Е.С., Буланьков Ю.И.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

На сегодняшний день вирусные гепатиты широко распространены по всему миру и имеют высокую медико-социальную значимость, определяемую, в том числе, и развитием осложнений. Так, к примеру, выделяют следующие формы печёночной энцефалопатии (ПЭ) в зависимости от причин, которые привели к ее развитию: 1). Печеночная энцефалопатия в результате острой печеночной недостаточности, 2). Портосистемное шунтирование в отсутствие цирроза печени, 3). Печеночная энцефалопатия у больных циррозом печени.

При хронических заболеваниях печени ПЭ проявляется в следующих формах:минимальная (ранее носившая название латентной ПЭ);рецидивирующая;хроническая.

Минимальная портосистемная энцефалопатия занимает особое место в практической деятельности лечащего врача, так как она трудна для диагностики, характеризуется отсутствием субъективной и объективной клинической симптоматики, а также отсутствием изменений при регистрации спонтанной электроэнцефалограммы. Однако своевременное распознавание этой формы важно по двум причинам:1).Частота минимальной ПЭ достигает 32–85% независимо от этиологии заболевания печени;2). Минимальная ПЭ опасна неадекватной реакцией пациента в экстремальных условиях, например, при вождении автомобиля, что сопряжено с повышенным риском создания аварийных ситуаций.

Хроническая персистирующая ПЭ наблюдается редко, преимущественно у больных с выраженными портосистемными коллатералями, в том числе созданными в результате хирургического вмешательства. У пациентов с такой формой ПЭ помимо типичной психоневрологической симптоматики наблюдаются постепенно проявляющиеся симптомы миелопатии: атаксия, хореоатетоз, параплегия. Эти нарушения обычно необратимы и ведут к церебральной атрофии и деменции.

Определение стадии ПЭ очень важно для оценки жизненного прогноза пациента, поскольку этот критерий входит в систему оценки тяжести цирроза печени (ЦП) – классификацию Child–Turcotte–Pugh. Основным критерием для определения стадии ПЭ служит состояние сознания пациента. После появления клинически выраженной ПЭ в течение 1 года выживает 42% больных, а в течение 3 лет – всего 23%.С целью оценки состояния сознания больного с ПЭ, в том числе в динамике на фоне терапии, может применяться также шкала Глазго.

Диагноз ПЭ устанавливают на основании клинических симптомов и клинико-лабораторных признаков нарушения функции печени. Необходимо оценить сознание,

поведение, интеллект, неврологический статус (тремор, изменение почерка, психометрические тесты).К клиническим проявлениям минимальной ПЭ относятся:нарушение зрительного восприятия;снижение внимания и памяти;замедление процесса мышления;нарушение концентрации внимания;снижение работоспособности;снижение быстроты реакции;раздражительность.С целью ранней диагностики ПЭ в клинической практике широко применяются психометрические тесты – связи чисел, число-буква, линии, почерка, арифметический, пересказа и др.Чувствительность психометрических тестов в выявлении ПЭ составляет 70–80%.ПЭ сопровождается также изменениями электроэнцефалограммы (ЭЭГ), которые становятся явными на II стадии и проявляются уплощением кривой альфа-ритма с последующим появлением тета- и дельта-активности. При ПЭ 0–I стадии исследование проводится с использованием вызванных зрительных потенциалов. В число дополнительных методов входит определение уровня аммиака в артериальной крови, который у пациентов с ПЭ повышен в 90% случаев.

Наиболее чувствительным методом в диагностике минимальной ПЭ и оценке степени ее тяжести служит магнитно-резонансная спектроскопия.

Урсов Р.Р., Паценко М.Б., Прохорчик А.А., Колеватова Л.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРЕЛАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ.

г. Красногорск. ФГБУ «3ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России.

Актуальность. Серелаксин («Реасанз») – новый активно изучаемый препарат для лечения острой и декомпенсированной хронической сердечной недостаточности. Он представляет собой рекомбинантную форму гормона релаксин-2, который в условиях нормы обеспечивает адаптацию системы кровообращения и почек во время беременности путём активации релаксиновых рецепторов RXFP1. Серелаксин вызывает вазодилятацию за счет активации NO-синтазы и стимуляции эндотелиальных рецепторов типа B, что приводит к увеличению ударного объема и почечного кровотока. Показано, что серелаксин хорошо переносится, безопасен, купирует одышку и уменьшает 180-дневную летальность. Однако, данные об эффективности серелаксина у различных групп пациентов и его влиянии на прогноз ограничены.

Цель исследования – изучение эффекта инфузии Серелаксина на функцию миокарда и клинические проявления декомпенсации ХСН у больных ИБС, постинфарктным кардиосклерозом.

Методы. В исследование включено 8 пациентов (66,8±8,16 лет, 6 мужчин, 2 женщины) с подтвержденным крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом, госпитализированных в период июнь-декабрь 2015 г. по причине острой декомпенсации ХСН и получавшим стандартное лечение ИАПФ (БРА), бета-блокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов и петлевыми диуретиками, а также инфузию серелаксина со скоростью 30 мкг\кг\сутки в течение 48 часов. У одного пациента скорость инфузии была снижена ввиду рецидивирующей артериальной гипотензии. Всем пациентам проводилась эхокардиография (ЭХО-КГ) с оценкой конечно-систолического (КДО), конечно-систолического объема (КСО), фракции выброса (ФВ) левого желудочка, систолического давления в легочной артерии (СДЛА), а также исследование крови на про-BNP. Исследования выполняли до начала лечения и в первый день после окончания инфузии. Динамику одышки пациенты оценивали субъективно. Оценивались повторное поступление в ОРИТ и госпиталь по причине декомпенсации ХСН. Статистический анализ выполнен с помощью программы СТАТИСТИКА 6.0.

Результаты. КДО ЛЖ до начала инфузии серелаксина составил 192±54,6 мл, после окончания инфузии 174,7±53,0 (p=0,03), КСО – 123±51,9 мл и 100±41,3 мл (p=0,004), ФВ ЛЖ 35±11,0% и 44,2±7,5% (p=0,009), соответственно. Различия в уровне СДЛА (исходно 61,6±21,3 мм рт. ст., после лечения 47,1±11,4 мм рт. ст. (p=0,06)) и pro-BNP (4256,6±253,6 и 1619±195,6 (p=0,06)), не достигали, однако, имели тенденцию к статистической значимости. Все пациенты отметили уменьшение одышки в первый день на фоне инфузии серелаксина. Не отмечено побочных эффектов, кроме умеренной артериальной гипотензии у одного пациента. У одной пациентки выявлено повышение уровня pro-BNP , несмотря на субъективное улучшение и регрессию застойных проявлений. Не отмечено повторных госпитализаций в ОРИТ и госпиталь в сроки наблюдения.

Заключение. Серелаксин является эффективным в коррекции проявлений декомпенсации сердечной недостаточности у пациентов с крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом и значительным нарушением систолической функции левого желудочка. Положительный эффект проявляется в уменьшении выраженности клинических проявлений (одышка), улучшении сократительной функции миокарда, снижении уровня pro-BNP в крови. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения критериев эффективности данного препарата в лечении больных с декомпенсацией ХСН ишемической и неишемической этиологии.

Уховский Д.А., Богословский М.М., Мурзина Е.В., Белокопытова Е.В., Крылова Т.Г.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА БАРОМЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

На условия службы военнослужащих воинских частей и подразделений, дислоцированных в районах Крайнего Севера, существенное влияние оказывают климатогеографические особенности данного региона, в частности, крайне низкие температуры воздушной среды, резкие перепады атмосферного давления, дефицит ультрафиолетового излучения, особый режим освещённости. Экстремальные климатические факторы, нарушение циркадных ритмов и реакций вегетативной нервной системы приводят к развитию сосудистой дистонии. Возникающие при метеопатических реакциях кортико-висцеральные расстройства с включением гипоталамо-гипофизарной системы приводят к изменению адаптационного механизма и дисфункции периферической нервной системы.

Цельюнастоящего исследования стало выявление особенностей клинической картины и патогенетических механизмов факторов риска барометеочувствительности у военнослужащих, проходящих службу в приморской зоне Крайнего Севера.

Проведено обследование 451 военнослужащих-мужчин (средний возраст составил 34,3±5,6 года), ранее не предъявлявших жалоб на ухудшение самочувствия в периоды контрастных изменений погоды, сразу после их прибытия на Крайний Север. Из общего числа обследованных 239 (53%) были барометеоустойчивыми. Повторное обследование (спустя 6 месяцев) выявило, что 110 военнослужащих данной подгруппы (46%) за время прохождения службы стали барометеочувствительными.

Обследование проводилось внутри негерметичных обитаемых объектов круглогодично как в состоянии барометрического покоя, так и на фоне экстремальных перепадов атмосферного давления. Анализировалось не менее 100 реакций на изменение атмосферного давления. Полученные данные подвергались корреляционному анализу и изучению методами многомерной статистики.

Результаты проведенного факторного анализа показали, что наиболее опасными факторами риска, провоцирующими барометеочувствительность и приводящими к наиболее выраженному снижению адаптационных резервов организма, являются десинхроноз,

нейроциркуляторная астения и отпуск в другой климатической зоне. Несколько менее значимы факторы риска, обусловленные биологическими особенностями организма обследуемых (избыточный вес, продолжительность северного стажа более 10 лет и возраст свыше 35 лет). Отмечена высокая значимость социальных причин развития барометеочувствительности – невозможность регулярного отпуска, психоэмоциональное напряжение на службе и психосоциальный стресс.

Выявлены следующие этиологические причины развития барометеочувствительности у военнослужащих, проходящих службу на Крайнем Севере: снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, вегетативной нервной системы и нейроэндокринной системы, недостаточность ритмологических механизмов, дисбаланс между полушариями головного мозга и связанные с ним эмоциональная неустойчивость и тревожность, синдром хронической усталости и хроническое перенапряжение центральной нервной системы, синдром психоэмоционального напряжения, усиление явлений полярной гипоксии, обусловленной нарушением активности дыхательных ферментов.

На основании результатов проведённого исследованияразработанкомплекс организационных мероприятий, снижающих неблагоприятное влияние экстремальных изменений барометрического давления на здоровье военнослужащих,проходящих службу в приморской зоне Крайнего Севера.

ХалимовЮ. Ш., КузьмичВ.Г., БекмухаметовА. Ф., Парцерняк А.С.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИAPACHEIV В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ», г. Санкт-Петербург, Россия

Следует отметить, что шкала интегральной оценки тяжести состояния пациентов APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) широко применяется во многих реанимационных отделениях клиник США, Канады, и странах ЕС. За последние 30 лет данная шкала претерпела 4 доработки и усовершенствования, в ходе которых было задействовано более 1500 отделений интенсивной терапии и более 300 тыс. пациентов.

Цель работы направлена на возможность применения APACHEIV в отделении реанимации и интенсивной терапии клиники военно-полевой терапии ВМедА, с точки зрения оптимизации лечебного процесса, оценки прогноза и исхода пациентов, поступающих с острыми отравлениями.

Материалы и методы. В процессе обработки данных были использованы данные 219 историй болезни, а также 122 пациентов с острыми отравлениями, находившимися на лечении в ОРИТ клиники ВПТ в течение 2015 гг. В общей структуре госпитализаций были отобраны пациенты с острыми отравлениями, имеющими сопутствующие заболевания, большую часть из которых, составили отравления опиатами (метадон) ~ 47%, производными барбитуровой кислоты (корвалол) ~ 26%, производными бензодиазепинов (феназепам) ~ 19% и другие ~ 4%. В ходе анализа историй болезни и клинических случаев, обратило на себя внимание наличие анемии различного генеза, среди прочей сопутствующей патологии. Вся когорта пациентов была обсчитана при помощи шкалы APACHEIV.

Результаты. В процессе использования данной шкалы возникли трудности, связанные с переводом единиц измерения отдельных показателей, что усложнило и затянуло по времени вывод конечного результата, перечень видов отравлений сводился к передозировке лекарственными препаратами и кардиотоксичности в рамках нервной и сердечно-сосудистой систем. Полученные результаты представляли собой: цифровое значение в баллах, которые

характеризовали тяжесть состояния, процентное соотношение госпитальной смертности и количество дней госпитализации.

Вывод. Использование шкалы APACHEIV в условиях ОРИТ клиники ВПТ возможно, однако имеет некоторые особенности:

- потеря «драгоценного» времени на перевод единиц измерения показателей азотистого и углеводного обмена (от западных к российским);
- ограниченный перечень диагнозов отравлений, а также функциональных систем организма, которые подвержены токсическому воздействию, что в свою очередь молоинформативно для наших условий;

Учитывая эти особенности, шкала требует доработки и адаптирования под «российские стандарты», т.к. на настоящий момент ежедневное использование в повседневной практике ОРИТ не целесообразно.

ХалимовЮ.Ш., БекмухаметовА.Ф., КузьмичВ.Г., Лянгинен Т.В., Гусев Р.В., Гайворонский И.Н.

К ВОПРОСУО ОСОБЕННОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ», г. Санкт-Петербург, Россия

Проведенный анализ российских и зарубежных литературных источников, освещающих вопросы применения интегральных шкал в современной токсикологической практике, показал, что на сегодняшний день нет универсального инструмента для оценки тяжести состояния пострадавших от токсикантов различной природы. Кроме того, на фоне интенсификации внедрения различных химических соединений в бытовое потребление, клиническую значимость приобретают всё новые классы ксенобиотиков, способные существенно повлиять на прогноз и исходы острых отравлений.

Существует множество интегральных систем оценки состояния ургентных пациентов (ASA, APACHE, GCS, SAPS, MODS, LODS, SOFA), которые применяются в отделениях интенсивной терапии по всему миру. С помощью этих систем производят оценку тяжести состояния пациентов, прогноз, риски развития осложнений и исходы заболеваний. Но несмотря на это, данный перечень шкал недостаточно учитывает специфику пациентов токсикологического профиля. Также имеет значение уровень оснащенности лечебного учреждения необходимым высокотехнологичным лабораторным оборудованием, которое позволяет произвести расчет показателей входящих в состав интегральных шкалах. Кроме того, существующие шкалы обладают существенным разбросом по чувствительности и информативности. По мнению многих авторов существующие интегральные системы предназначены для групповой оценки тяжести состояния пациентов, и основаны на данных обследований, полученных в первые часы/сутки заболевания, что также весьма ограничивает их в прогнозировании исходов отравлений.

Разработанная группой экспертов ВОЗ шкала оценки тяжести острых отравлений на основе Международной классификации тяжести острых отравлений (WHO/ILO/UNEP), позволяет произвести только первичную оценку тяжести отравления и предположить природу токсиканта, что ограничивает возможности её применения в токсикологическом отделении, т.к. она не позволяет произвести оценку риска развития осложнений и прогноз исхода отравления. Следует отметить, что в данной шкале не учитывается возраст, пол и сопутствующая патология пациента. Данные показатели исходного (фонового) состояния здоровья пострадавших, несомненно влияют на прогноз и риски развития осложнений и неотложных состояний.

Учитывая ряд имеющихся недостатков, существующих во всем многообразии шкал интегральной оценки тяжести состояния, остается нерешенной задача оценки тяжести состояния и прогноза пациентов токсикологического профиля. Наиболее подходящими для дальнейшего совершенствования в этом направлении являются шкалы APACHE, GCS, (WHO/ILO/UNEP). В процессе анализа данных инструментов сложилось мнение о том, что необходимо создать гибридную модель, которая могла бы учесть влияние специфичных показателей для токсикологических пациентов. Такая шкала позволила бы унифицировать и оптимизировать оценку тяжести острых отравлений, что важно в условиях дефицита времени при оказании неотложной помощи для выделения групп,нуждающихся в наибольшем участии врача-токсиколога и анестезиолога-реаниматолога, особенно в очагах массовых санитарных потерь при чрезвычайных ситуациях химической природы или терактах с разрушением объектов содержащих АОХВ.

Халимов Ю.Ш., Гайворонский И.Н., Бекмухаметов А.Ф.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ЗДОРОВЫХ ЮНОШЕЙ ПО ДАННЫМ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Материалы и методы. Исследование проведено с помощью биоимпедансных весов (диагностический анализатор жировой массы TanitaBC-545N), которые позволяют посредством измерения импеданса (электрического сопротивления участков тела в разных частях организма) оцениватькомпонентный состав тела человека (соотношение жировой, костной, мышечной масс). Функционал данных биоимпедансных весов обеспечил измерение таких показателей как масса тела (кг), мышечная масса (кг)и процентное содержание жира в организме в целом и по сегментам тела (верхние, нижние конечности, туловище), процентное содержание воды, уровень внутреннего (висцерального) жира, костная масса (кг), физический рейтинг, уровень базального метаболизма (Ккал), а также определение метаболического возраста и индекса массы тела.

Нами были исследованы юноши в возрасте от 18 лет до 21 года (31 человек), не предъявлявшие никаких жалоб на состояние здоровья.

Результаты и выводы. Полученные данные основных исследованных показателейкомпонентного состава тела обработаны методом вариационной статистики с помощью программы «StatSoft Statistica 10» и представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные показатели компонентного состава тела обследованных юношей

Исследуемый показатель	Статистическое значение					
	Min	Max	(M±m)	Std. Dev.	Coef. Var.	Me (Q_a÷Q_b)
Масса тела, кг	57,5	89,3	73,0±1,3	7,4	10,1	70,9 (67,7÷77,5)
Общее содержание жира, %	5,0	17,7	10,3±0,6	3,4	33,3	10,2 (7,0÷13,1)
Общая мышечная масса, кг	50,8	73,0	61,8±1,0	5,3	8,6	61,3 (58,9÷65,8)
Общее содержание воды, %	59,4	75,2	65,0±0,6	3,2	4,9	64,3 (62,8÷67,3)
Костная масса, кг	2,7	3,8	3,3±0,1	0,2	7,4	3,3 (3,1÷3,4)
ИМТ, кг/м^2	19,8	28,8	23,2±0,4	2,2	9,3	23,1 (21,6÷24,5)

Анализ таблицы 1 показал наличие существенных различий между максимальными и минимальными значениями исследуемых показателей компонентного состава тела у лиц юношеского возраста, позволив определить их средние значения, медиану и квартили.

Посегментная оценка исследованных показателей на правой и левой верхних конечностях указала, что в большинстве наблюдений предпочтительно используемая верхняя конечность имеет меньшее содержание жирового компонента и большее мышечной

массы, различия составляют 7,0%–11,0%. Для нижних конечностей исследованные показатели также были асимметричные на контрлатеральных сторонах.

Висцеральный жир у всех юношей находился на низком уровне (1-3 уровень).

Метаболический возраст у всех обследованных лиц соответствовал возрасту 18 лет.

По физическому рейтингу 17 юношей относились к «стандартному» типу, для которого характерны средние показатели мышечной массы и процентного содержания жира, 12 юношей – к типу «худой и мускулистый», которому свойственно низкое значение содержания жира в организме, но достаточное количество мышечной массы, 2 юношей – к типу «стандарт мускулистый», что соответствует большой мышечной массе и среднему показателю процентного содержания жира.

Таким образом, анализ компонентного состава тела у лиц молодого возраста свидетельствует о наличии у них выраженных индивидуальных особенностей морфофункциональных характеристик организма.

Халимов Ю.Ш., Гайдук В.А., Першин В.Н., Гайдук С.В.

К ПРОБЛЕМЕ ПОРАЖЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ЯДАМИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Сведения о применении зарина с человеческими жертвами в ходе боевых действий в Сирии привлекают внимание к данной проблеме.

Наш опыт лечения отравленных фосфорорганическими инсектицидами (хлорофос, карбофос) позволяет рассматривать эти отравления как клиническую модель поражений высокотоксичными боевыми ФОВ в силу общности основных патогенетических механизмов, клинических проявлений и общих закономерностей лечения.

Антихолиэстеразный механизм токсического действия ядов сопровождается центральными, М и Н-холиномимитическими эффектами, среди которых наряду с психоневротическими проявлениями вплоть до судорожного синдрома и комы, важное значение имеют расстройства внешнего дыхания. Последние связаны в первую очередь с токсическим воздействием ядов на дыхательный центр (возбуждение, перевозбуждение, паралич), с развитием бронхоспазма и бронхореи, а в тяжелых случаях пакреза и паралича дыхательной мускулатуры, требующих длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Комплексная терапия отравлений включает в себя мероприятия по ускоренному выведению яда из организма (форсированный диурез, гемосорбция), антидотную и симптоматическую терапию. Используется две группы антидотов: холинолитики и реактиваторы холинэстеразы (ХЭ). Холинолитики (атропин и др.) назначаются в дозах, необходимых для купирования основных мускариноподобных эффектов яда и достижения состояния атропинизации (сухой язык и кожа, тахикардия, расширение зрачков) и составляющих иногда до 100 мг атропина в сутки. Реактиваторы ХЭ (оксимы) применяются даже в случаях «старения» ингибированной ХЭ в дозах, адекватных степени тяжести интоксикации в течение не более 3 суток.

Симптоматическая терапия (противосудорожные, бронхоспазмолитики) применяются в случаях сохранения отдельных клинических синдромов при адекватных степени тяжести дозах антидотов.

Важным элементом терапии является профилактика, своевременная диагностика и лечение инфекционных осложнений со стороны бронхолегочной системы, особенно на фоне длительной ИВЛ (вентилятор-ассоциированные пневмонии).

Харченко Т.В., Аржавкина Л.Г., Синячкин Д.А., Язенок А.В., Крючкова А.С.

АНАЛИЗ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ОБЪЕКТОВ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ, ОТОБРАННЫХ НА СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ФБГВОУ ВПО Военно-медицинская академия им С.М Кирова МОРФ, Санкт-Петербург, Россия

Уровень хромосомных аберраций в соматических клетках (ХА) является как одним из критериев оценки генотоксичности, так и одним из важных биомаркеров риска развития заболеваний, в том числе и профессиональных. В связи с этим представлялось целесообразным проанализировать этот показатель у военнослужащих объектов хранения и уничтожения химического оружия (Объекты) с различным состоянием здоровья.

Все обследованные на Объектах были освидетельствованы военно-врачебной комиссией, составленной из специалистов Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА). По результатам обследования проводился отбор лиц для госпитализации в клинику военно-полевой терапии ВМА. Был сопоставлен уровень ХА в группах из 86 военнослужащих Объектов, госпитализированных в клинику ВПТ ВМА, и 54 военнослужащих, не нуждавшихся в госпитализации.

Контрольную группу составили 55 человек, не имевших отношения к работе с высокотоксичными веществами. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и точного критерия Фишера.

Было выявлено, что у военнослужащих, направленных в стационар по результатам обследования, общая частота ХА составляла 6,01 ± 0,3 против 3,69 ± 0,36 в группе лиц, не нуждающихся в госпитализации ($p<0,001$), при этом в обеих группах военнослужащих различия с контролем достигали уровня статистической значимости ($p<0,01$).

В обследованных группах военнослужащих Объектов наблюдался разброс индивидуальных показателей от 0 до 15 аберраций на 100 клеток. Уровень ХА до 2,5% включительно считается нормальным, от 2,5 до 5% включительно – повышенным, от 5% и до 10% включительно - высоким и свыше 10% - сверхвысоким.

Анализ распределения лиц с различным уровнем ХА в группах военнослужащих Объектови в контрольной группе показал значимое снижение доли лиц с нормальным уровнем ХА у военнослужащих, направленных на стационарное обследование, по сравнению с военнослужащими, не нуждавшимися в госпитализации и контрольной группой (19,05%, 38,89% и 76,3% соответственно). ($p<0.01$). Лица с высоким и сверхвысоким уровнем ХА напротив, встречались преимущественно в группе военнослужащих, направленных в стационар.Высокий уровень наблюдался у 33,33% военнослужащих, направленных в стационар, сверхвысокий у 16,67% обследованных данной группы, против 25,93% и 1,86% у военнослужащих, не нуждавшихся в госпитализации. В контрольной группе высокий уровень ХА наблюдался у 3,6% обследованных, лиц со сверхвысоким уровнем не было.

При анализе структуры ХА в группах военнослужащих было показано, что в группе госпитализированных наблюдалась повышенная частота обменных аберраций хромосомного типа (0,33 ± 0,06 против 0,09 ± 0,03 в группе лиц, не нуждавшихся в дополнительном обследовании и 0,05±0,03 в контрольной группе ($p<0,01$)). Различия между военнослужащими, не направленными на госпитальное обследование, и контролем были не значимы.

Таким образом, показано, что высокий уровень цитогенетического риска и носительство обменных аберраций хромосомного типа значимо чаще наблюдаются у работников военнослужащих Объектов, нуждавшихся в дополнительном обследовании в условиях стационара по медицинским показаниям, по сравнению с группой военнослужащих, не получивших направления в стационар по результатам периодического амбулаторного обследования на местах.

Хлыстов Ю.В., Коломенцев С.В., Котова Е.С., Литвиненко И.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ, РАЗВИВШЕЙСЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

По современным данным острая спутанность сознания весьма частое осложнение, развивающееся в остром периоде ишемического инсульта с частотой от 12% до 48%, являющееся прогностически неблагоприятным событием.Настоящее исследование должно проверить гипотезу о том, что развитие спутанности сознания является независимым предиктором развития постинсультной деменции, а также ранней смертности после инсульта.

Материал и методы исследования:В исследование были включены 203 больных с ишемическим инсультом. Среди них 47 пациентов, у которых в остром периоде ишемического инсульта развилась выраженная спутанность сознания и 156 пациентов, у которых острый период ишемического инсульта не осложнялся развитием спутанности сознания. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил 75,3±6,8 года. Диагноз ишемического инсульта у всех больных был подтвержден результатами компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Спутанность сознания диагностировалась методом диагностики спутанности (ConfusionAssessmentMethod — CAM), степень выраженности и динамика – оценивалась по рейтинговой шкале делирия (в английской версии DeliriumRatingScale (DRS)). Критерием включения пациента в исследование являлось наличие выраженной спутанности или более 11 баллов по рейтинговой шкале делирия. Наличие синдрома спутанности во всех случаях подтверждали осмотром врача психиатра. У пациентов со спутанностью сознания ежедневно, в течение месяца, проводился контроль выраженности спутанности сознания по РШД. Когнитивные нарушения оценивались по следующим шкалам: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) и шкала лобной дисфункции (FAB). Для исследования памяти использовалась методика заучивания 10 слов, разработанная А.Р. Лурия.

Результаты:При нейропсихологическом исследовании пациентов через 3 месяца после инсульта когнитивный дефицит был более выражен у пациентов с развившейся спутанностью сознания в остром периоде инсульта. Так были получены следующие результаты: в группе с развившейся спутанностью по шкале MMSE 22,5±1,0 балла, по шкале лобной дисфункции 12,0±1,4 балла, по тесту 10 слов 2,4±1,1 балла, в группе больных без спутанности показатели нейропсихологического обследования были лучше и в среднем составили: по шкале MMSE 27,8±1,2 балла, по шкале FAB 15,1±1,2 балла, по тесту 10 слов 4,9±1,3 балла. Через 6 и 18 месяцев у пациентов с развившейся спутанностью, мы наблюдали прогрессирование когнитивных нарушений: по шкале MMSE средний балл составил через 6 месяцев 21,5±1,2 балла, по шкале FAB 12,8±1,7 балла, через 18 месяцев 19,4±2,2 балла, по шкале FAB 9,8±2,1 балла. В то время как у пациентов без спутанности в остром периоде инсульта результаты нейропсихологического обследования к этому же периоду наблюдения были достоверно лучше – по шкале MMSE 27,2±1,3 балла, по шкале FAB через 6 месяцев 14,8±1,2 балла ($p<0,001$), через 18 месяцев по шкале MMSE 24,4±2,2 балла, по шкале FAB 13,0±1,5 балла ($p<0,001$). За период наблюдений в группе больных со спутанностью сознания умерло 24 (51%) пациента, в группе больных без спутанности 36 (23 %) пациентов.

Заключение: Результаты выполненного исследования показали, что все пациенты, у которых в остром периоде ишемического инсульта развилась спутанность сознания, являются группой высокого риска развития выраженных когнитивных расстройств и смертности.

Хлыстов Ю.В., Прокудин М.Ю., Полтавский И.Д., Литвиненко И.В.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Спутанность сознания не является очаговой неврологической симптоматикой, скорее возникает как признак общего метаболического-токсического неблагополучия, и, хотя является серьезным осложнением, часто остается нераспознанной. Выявление ее затрудняет наличие у пациента речевых, сенсорно-перцептивных расстройств, отсутствие у лечащих врачей точного и надежного инструмента по ее выявлению.

Нами был проанализированы данные современной отечественной и зарубежной литературы по методикам выявления и оценки динамики развития синдрома спутанности сознания и возможности их применения в остром периоде ишемического инсульта.

В настоящее время широко используется 31 шкала и методика, однако многие из них имеют целый ряд ограничений. В проанализированных нами методиках значимая часть их не может быть использована в рутинной практике вследствие низкой валидизации (SascatoonDeliriumChecklist) необходимости специального обучения (Delirium-0-metr), или не могут быть использованы врачами не психиатрами (DeliriumRatingScale - Revised-98). Рейтинговая шкала делирия (DeliriumRatingScale)является наиболее точной, однако требует подготовки персонала и отличается продолжительностью выполнения. Так же нельзя использовать шкалы разработанные для педиатрии (PediatricAnesthesiaEmergenseDeliriumScale, PediatricCAM-ICU). DeliriumMotorChecklist, DeliriumMotorSymptomScale, MotoricitemsofDeliriumRatingScalenемогутбытьиспользованыпри отсутствии двигательного возбуждения. Тесты оценки когнитивных функций (IQCODE,MMSE, тест рисования часов, Vigilance “A” test, Mental State Questionnaire, Short Portable Mental Status Questionnaire) зачастую не обладают достаточной специфичностью в условиях наличия у пациента доинсультных когнитивных нарушений и многие невалидизированы для неаглийского языка. Ряд скрининговых методикрассчитанных на использование подготовленным медицинским персоналом (ConfusionAssessmentMethod, ConfusionAssessmentMethodforIntensiveCareUnit, NursingDeliriumRatingScale, DeliriumObservationScreeningScale, IntensiveCareDeliriumScreeningChecklist, NEECHAM Confusion Scale), обладает приемлемыми для скрининга чувствительностью и специфичностью. Оптимальным является метод оценки спутанности (CAM, CAM-ICU). Онпрост, точен, занимает небольшое количество времени, достаточно специфичен (94-100%), чувствителен (89-95%), может быть использован для скрининга, динамического наблюдения, в том числе средним медицинским персоналом и является наиболее оптимальным методом выявления спутанности сознания в повседневной практике, однако позволяет лишь качественно определять наличие спутанности сознания.

Заключение: На данный момент существует большое количество шкал и методов выявления и оценки динамики спутанности сознания, наиболее точные, надежные и удобные из них, пригодные для использовании врачами любых специальностей - это Метод диагностики спутанности (ConfusionAssessmentMethod — CAM) и рейтинговая шкала делирия (DeliriumRatingScale (DRS)). После определенной подготовки медперсонала могут быть использованы в рутинной практике при диагностике спутанности сознания в острый период инсульта.

Хоминец В.В., Гребенюк А.Н., Кудяшев А.Л., Дресвянников А.С.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КОНТУЗИОННОЙ ТРАВМЫ КОЛЕННОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Введение. Статистика мировых войн нынешнего столетия и многочисленных локальных войн и военных конфликтов последних десятилетий свидетельствует, что огнестрельные ранения суставов конечностей составляют 5,7-10% по отношению ко всем ранениям конечностей и формируют основную группу увольняемых из рядов Вооруженных Сил.

Актуальность. Актуальность разработки средств индивидуальной защиты обусловлена наличием вредных или опасных факторов профессиональной деятельности военнослужащих. Применительно к рассматриваемой проблеме такими факторами являются, прежде всего, поражающие факторы современного боя (пули, осколки, ударная волна, и др.), а также сопутствующие боевым действиям условия служебной деятельности.

Травматические повреждения суставов и конечностей человека стоят на одном из первых мест в структуре ранений и механических травм, как в условиях повседневной деятельности войск, так и в боевой обстановке.

Это обстоятельство потребовало разработки соответствующих профилактических мероприятий, в число которых вошла разработка средств индивидуальной защиты суставов конечностей. Следует отметить, что наиболее важными анатомическими структурами, обеспечивающими целостность и сохранение функции конечности, являются: надколенник для коленного сустава, и локтевой отросток для локтевого сустава. Защиту этих структур и обеспечивают современные варианты элементов экипировки военнослужащих – наколенники и налокотники. Однако, до настоящего времени не разработаны критерии, позволяющие оценить эффективность этих средств индивидуальной защиты. Для определения этих критериев необходимо создать модель контузионной травмы коленных и локтевых суставов, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. На основании результатов экспериментальных исследований выявить особенности контузионной травмы коленных и локтевых суставов и определить пороговые уровни травматизации (степени тяжести контузионной травмы коленных и локтевых суставов).

Материал и методы. Для экспериментов были выбраны 20 овец породы "Эдильбаевская" и «Цигайская» в возрасте от 6 до 18 месяцев и массой 45-70 кг.

Моделирование контузионной травмы суставов осуществлялось с использованием пневматической метательной установки, состоящей из ствола и электромагнитного пневматического клапана, ресивера для сжатого воздуха и регулируемого основания. Использовали стволы с диаметром канала 20 и 40 мм и ресиверы объемом от 500 до 5000 $см^3$.

В качестве снарядов применяли стальные шары диаметром 20 и 40 мм, а также снаряды типа «бочка» диаметром 20 мм, выполненные из алюминия, капролона и полиэтилена.

Измерение скорости снаряда производили с помощью высокоскоростной камеры. Скорость определяли по среднему значению серии из 20 выстрелов в уловитель, проведенных с одинаковыми параметрами.

В дальнейшем, высокоскоростную камеру использовали для фиксации момента попадания снаряда, что позволило более точно интерпретировать характер и точность попадания.

После введения в наркоз объект эксперимента располагали в горизонтальном положении, подвешивая на лямочном устройстве из брезента. Точками воздействия снарядов были выбраны центр надколенника и центр верхушки локтевого отростка.

Функцию конечностей оценивали на протяжении 24 часов после воздействия: проводили визуальный контроль активности животного, оценивали характер походки. Для

контроля костно-травматических изменений выполняли рентгенографию конечностей в двух стандартных укладках до и после проведения воздействия. Характер повреждений оценивали морфологически при макроскопическом секционном исследовании.

Результаты. Проведена серия испытаний на 20 животных, получены следующие результаты:ушиб мягких тканей локтевого сустава возникает при воздействии с энергией от 14 Дж, а мягких тканей коленного сустава – от 29 Дж. Выраженный ушиб локтевого сустава с гематомами возможен при воздействии с энергией от 29 Дж, а коленного сустава - при воздействии с энергией от 33,5 Дж. Гемартроз локтевого и коленного сустава был получен при воздействии с энергией от 33,5 Дж. Перелом надколенника произошел при воздействии с энергией 33,5 Дж, а перелом мыщелков бедренной кости – при 315 Дж. Перелом плечевой кости отмечен при воздействии с кинетической энергией 45 Дж.

Выводы.

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что для одинаковых по морфологической картине повреждений коленных и локтевых суставов необходима разная кинетическая энергия, отличающаяся в большую сторону для коленных суставов.
2. Модель имитации воздействия выпячиванием на крупных животных (баранах) с помощью метаемых снарядов следует считать оптимальной для разработки методики, так как в ходе проведенных экспериментов удалось получить все типы морфологических повреждений.

Хоминец В.В., Кудяшев А.Л., Шаповалов В.М., Метленко П.А., Мироевский Ф.В.

СРАВНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ САГИТТАЛЬНЫХ ПОЗВОНОЧНО-ТАЗОВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ И ЗДОРОВЫХ ВОЛОНТЕРОВ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

В связи с высоким разнообразием вариантов постуральной компенсации позвоночно-тазового комплекса у больных с заболеваниями позвоночника и тазобедренного сустава особый интерес представляет сравнительный анализ литературных данных, содержащих основные позвоночно-тазовые параметры с результатами обследования больных с одно- и двусторонним коксартрозом, в особенности сопровождающимся разновысокостью нижних конечностей.

Целью исследования явилось сравнение основных параметров сагиттальных позвоночно-тазовых взаимоотношений больных с коксо-вертебральным синдромом и здоровых людей.

Материалы и методы исследования:материалом настоящего исследования явились результаты комплексного обследования 90 больных с деформирующим артрозом тазобедренного сустава III степени, в клинической картине заболевания которых также присутствовали признаки дегенеративно-дистрофического заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника. Исследование выполнено в клинике военной травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» МО РФ и на ее клинических базах в период с 2008 по 2012 г.Среди больных преобладали мужчины (59, или 66%), женщин было 31 (34%). Возраст обследуемых варьировал от 27 до 78 лет и составил в среднем 54,31±11,77 года.

Было выполнено сравнение средних, минимальных и максимальных значений основных параметров сагиттальных позвоночно-тазовых взаимоотношений у больных с коксо-вертебральным синдромом и здоровых людей (по данным G.Vaz с соавт., 2002). Результаты сравнения параметров сагиттальных позвоночно-тазовых взаимоотношений больных с коксо-вертебральным синдромом и здоровых людей свидетельствуют о наличии предпосылок к возникновению тяжелых нарушений биомеханики в системе «тазобедренные

суставы – таз – позвоночник», которые в свою очередь способствуют формированию и прогрессированию дегенеративно-дистрофических изменений поясничных позвоночно-двигательных сегментов.

Выводы: у пациентов с коксо-вертебральным синдромом по сравнению со здоровыми людьми изменения сагиттального позвоночно-тазового профиля представлены увеличением основных числовых характеристик (среднее, максимальное значение, стандартное отклонение) тазобедренного угла, наклона крестца; снижением минимального значения отклонения таза, а также возрастанием максимального значения поясничного лордоза в сочетании с увеличением среднего значения данного параметра. Выявленные изменения свидетельствуют о наличии тенденции к развитию тяжелых нарушений биомеханики позвоночно-тазового комплекса у больных рассматриваемого профиля.

Хоминец В.В., Кудяшев А.Л., Шаповалов В.М., Метленко П.А., Мироевский Ф.В.

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ САГИТТАЛЬНЫМИ И ФРОНТАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЗВОНОЧНО-ТАЗОВОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ С КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Публикаций посвященных статистическому анализу взаимоотношений фронтальных и сагиттальных позвоночно-тазовых параметров в доступной научной литературе относительно немного. Представляется интересным проведение статистического исследования, определяющего корреляционные связи выявленных дегенеративных изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника с параметрами позвоночно-тазового баланса, а также особенности распределения пациентов с тем или иным типом статической деформации комплекса «тазобедренные суставы – таз – позвоночник» в зависимости от вида и локализации морфологических проявлений ДДЗП.

Целью исследования явилось выявить корреляции между сагиттальными и фронтальными показателями позвоночно-тазового баланса у больных данной категории.

Материалы и методы исследования:материалом настоящего исследования явились результаты обследования 90 больных с деформирующим артрозом тазобедренного сустава и дегенеративно-дистрофическим заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника. Исследование выполнено с использованием современных методов статистической обработки.

У больных с коксо-вертебральным синдромом вне зависимости от типа поясничного лордоза относительно постоянным параметром, равным в среднем 16,1±6,7º, являлась верхняя арка (UA). На величину поясничного лордоза (GLL), а также на локализацию его вершины и отклонения влияла преимущественно нижняя арка (LA), равная переменному тазовому параметру SS (наклону крестца). Если величина наклона крестца не превышала 35º, то поясничный лордоз был уплощен. При увеличении наклона крестца свыше 45º неизбежно имело место увеличение поясничного лордоза. Описанная взаимосвязь между наклоном крестца (SS) и величиной поясничного лордоза (GLL) представляет собой важнейший компонент сагиттального позвоночно-тазового баланса, определяющий вариант постуральной компенсации позвоночно-тазового комплекса больных с коксо-вертебральным синдромом в сагиттальной плоскости. Анализ взаимосвязей фронтальных и сагиттальных параметров подтвердил известные представления о закономерностях формирования статических деформаций позвоночника. Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии тенденции к уменьшению значений основных сагиттальных параметров позвоночно-тазового комплекса (SS и GLL) у больных с коксо-вертебральным синдромом при формировании сколиотической деформации данного комплекса во фронтальной плоскости.

Выводы: установлены корреляционные связи между фронтальными параметрами: перекосом таза и величиной сколиотической деформации; сагиттальными параметрами: наклоном крестца и величиной поясничного лордоза, наклоном крестца и тазобедренным углом, наклоном крестца и тазово-крестцовым углом, наклоном крестца и наклоном таза, наклоном таза и тазово-крестцовым углом, тазобедренным углом и величиной поясничного лордоза, тазобедренным углом и величиной нижней арки поясничного лордоза, тазобедренным углом и отклонением таза, тазобедренным углом и позицией крестца, отклонением таза и позицией крестца, величиной поясничного лордоза и величиной его нижней и верхней арок; а также фронтальными и сагиттальными параметрами: перекосом таза и поясничным лордозом, перекосом таза и наклоном крестца, сколиотической деформацией позвоночника и величиной поясничного лордоза, сколиотической деформацией позвоночника и наклоном крестца, сколиотической деформацией позвоночника и тазово-крестцового углом, сколиотической деформацией позвоночника и углом наклона таза.

Хоминец В.В., Кудяшев А.Л., Шаповалов В.М., Метленко П.А., Мироевский Ф.В.

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ САГИТТАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНО-ТАЗОВОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

По данным современной отечественной и зарубежной научной литературы работы, систематизирующие варианты вертикального баланса туловища в сагиттальной плоскости являются большой редкостью. Анализ результатов рентгенологического обследования 160 здоровых волонтеров представили в 2005 г. P. Roussouly с соавт. На основании данных боковых рентгенограмм позвоночника и таза французские ученые обосновали паттерны формирования видов сагиттальной осанки, которые легли в основу выделенных ими четырех типов поясничного лордоза (Roussouly P. et al., 2005). Однако, несмотря на комплексный характер исследования, затрагивающего вопросы взаимозависимости тазовых и позвоночных сагиттальных параметров, представленная работа не описывала механизмы формирования и типы поясничного лордоза у пациентов с коксартрозом.

Целью исследования явилось по результатам клинического и рентгенологического обследования установить основные закономерные изменения позвоночно-тазового комплекса у больных с деформирующим артрозом тазобедренного сустава III стадии, а также с болевым синдромом в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Материалы и методы исследования:материалом настоящего исследования явились результаты комплексного обследования 90 больных с деформирующим артрозом тазобедренного сустава III степени, в клинической картине заболевания которых также присутствовали признаки дегенеративно-дистрофического заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника. Исследование выполнено в клинике военной травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» МО РФ и на ее клинических базах в период с 2008 по 2012 г.Среди больных преобладали мужчины (59, или 66%), женщин было 31 (34%). Возраст обследуемых варьировал от 27 до 78 лет и составил в среднем 54,31±11,77 года.

Оценены результаты рентгенографической диагностики. Выявлено, что у больных с коксо-вертебральным синдромом основным вариантом компенсаторного сагиттального вертикального позвоночно-тазового баланса следует считать гиперлордотический, включающий III и IV типы поясничного лордоза (по P. Roussouly с соавт., 2005). Вне зависимости от типа поясничного лордоза относительно постоянным его параметром, равным в среднем 16,1±6,7°, остается верхняя арка (UA). На величину поясничного лордоза

(GLL), а также на локализацию его вершины (AL) и отклонение (LT) влияет, в первую очередь, нижняя арка, равная переменному тазовому параметру – наклону крестца (SS).

Выводы: у больных с деформирующим артрозом тазобедренного сустава III стадии, а также с дегенеративно-дистрофическим заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника помимо нормальных позвоночно-тазовых взаимоотношений в сагиттальной плоскости отмечаются гиперлордотический и гиполордотический варианты сагиттальной деформации позвоночно-тазового комплекса. Гиперлордотический вариант сопровождается формированием дегенеративно-дистрофических изменений преимущественно в задних отделах поясничных сегментов позвоночника с развитием артроза дугоотростчатых суставов, инклинации суставных фасеток и стеноза позвоночного канала (чаще латерального) с соответствующими клиническими (в том числе неврологическими) проявлениями. При гиполордотической деформации дегенеративные изменения развиваются в передних отделах позвоночно-двигательных сегментов без грубых клинических проявлений. Данный тип компенсаторной осанки является наиболее благоприятным при тяжелых формах деформирующего артроза тазобедренных суставов у больных с коксо-вертебральным синдромом.

Хоминец В.В., Метленко П.А., Кудяшев А.Л., Мироевский Ф.В., Козлов М. А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Эндопротезирование тазобедренного сустава является важным направлением современной ортопедии. В последнее время существенно увеличилась частота проводимых первичных и ревизионных оперативных вмешательств. В связи с этим наблюдается также и неуклонный рост осложнений, одним из которых является перипротезные переломы бедренной кости.

Целью исследования стал анализ результатов лечения больных с перипротезными переломами бедренной кости после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в клинике военной травматологии и ортопедии ВМедА и в СПб ГБУЗ «Городская больница №26».

Материалы и методы. За основу была взята Ванкуверская классификация перипротезных переломов (DuncanC.P. etal., 1995): тип А – проксимальные переломы на уровне большого и малого вертела; тип В – переломы на протяжении бедренного компонента (В1– при стабильном эндопротезе, В2 – переломы с нестабильным эндопротезом и удовлетворительном качестве костной ткани в проксимальном отделе, В3 – переломы оскольчатые на фоне остеолиза и нестабильностью эндопротеза); тип С – переломы дистальнее бедренного компонента и стабильным эндопротезом. Были проанализированы результаты лечения у 19 больных с перипротезными переломами: тип А был отмечен у 4 больных(21,1%); тип В1 – у 8 (42,1%); тип В2 – у 3 (15,8%); тип В3 – у 2 (10,5%), тип С – у 2 (10,5%). Среди пациентов мужчин было 11 (57,9%), женщин – 8 (42,1%). Средний возраст мужчин составил 48,5±10,5 лет (38-59) лет, женщин 71,5±9,5 (62-81).

Результаты. Основной причиной перелома во всех случаях стала травма – падение в быту. Среди предрасполагающих факторов следует выделить: остеопороз, участки остеолиза проксимального отдела бедра, бесцементная фиксация бедренного компонента, клиновидная форма ножки. Среди всех наблюдений в большинстве случаев первоначально были имплантированы бесцементные эндопротезы тазобедренного сустава 16 (84,2%) наблюдений, в 2 (10,5%) – гибридные и в 1 (5,3%) – цементный. В большинстве случаев при возникновении перипротезного перелома первоначально был выбран клиновидный бедренный компонент бесцементной фиксации с боковыми острыми ребрами. У больных с

перипротезными переломами типа А использовали консервативное лечение у 3 (15,8%) больных, у 1 (5,3%) больного при переломе большого вертела – внутренний остеосинтез серкляжем. При типе В1 – применяли внутренний остеосинтез перелома пластиной, специальными кабель-тросами и серкляжами. У больных с переломами типа В2 – производили замену нестабильного бедренного компонента на ревизионный компонент Вагнера, при этом дополнительная фиксация пластиной с угловой стабильностью винтов и серкляжами использовалась в 1 наблюдении – 5,3%. При типе В3 – использовали длинную ревизионную ножку Вагнера дистальной фиксации и остеосинтез специальной пластиной для перипротезных переломов с угловой стабильностью винтов и возможностью их полиаксиального введения, в сочетании с кабель-тросами и серкляжами. У больных с перипротезными переломами типа С применяли внутренний остеосинтез пластиной и винтами. В послеоперационном периоде осложнений в виде инфекции, вывихов, ранней нестабильности компонентов отмечено не было. У 2 (10,5%) больных наблюдались осложнения в раннем периоде со стороны послеоперационной раны в виде краевых некрозов кожи. Только в одном случае (5,3%) при перипротезном переломе типа В3 была отмечена нестабильность цементной чашки, что потребовало выполнения ревизии вертлужного компонента с его заменой на бесцементную танталовую чашку. Сращение было достигнуто в 16 (84,2%) наблюдениях, 3 (15,8%) больных находятся в ближайшем послеоперационном под наблюдением.

Таким образом, наш опыт лечения перипротезных переломов после эндопротезирования тазобедренного сустава показал клиническую перспективность выбранной тактики лечения в зависимости от типа перелома, стабильности бедренного компонента и качества костной ткани. В тоже время, высокая стоимость имплантатов, особенно специальных перипротезных пластин с возможность полиаксиального введения винтов, необходимость полноценного периоперационного обеспечения данных оперативных вмешательств и наличия широкого спектра имплантатов позволяет применять данную тактику лечения в специализированных стационарах с высоким уровнем подготовки специалистов.

Хоминец В.В., Михайлов С.В., Шакун Д.А., Фоос И.В. Щукин А.В.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВНУТРЕННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Современный внутренний остеосинтез позволяет добиться консолидации переломов диафиза бедренной кости в средние сроки и восстановить функцию опоры и движения у 85-97% больных, однако несоблюдение технологии его применения приводит к осложнениям, требующим ревизионных оперативных вмешательств.

Цель исследования: обосновать оптимальные варианты ревизионных реконструктивных операций при неинфекционных осложнениях внутреннего остеосинтеза диафиза бедренной кости.

Материалы и методы. Проведен анализ неинфекционных осложнений внутреннего остеосинтеза диафиза бедренной кости у 41 больного, которым потребовалось выполнение ревизионных операций. Возраст пострадавших колебался от 19 до 72 лет и составил в среднем – 40±8,0 лет. В группе наблюдавшихся преобладали мужчины – 23 (56,1%), женщин было 18 (43,9 %).В зависимости от вида осложнения, больные были разделены на 5 групп: 1 группу составили 13 больных (31,7%) с ложными суставами без деформации, вторую – 14 (34,2%) с ложными суставами с угловой и ротационной деформацией, третью – 4 (9,8%) с неправильно сросшимися переломами с угловой и ротационной деформацией, четвертую – 4

(9,8%) с неправильно сросшимися переломами с функционально значимым укорочением и пятую – 6 (14,6%) с несостоятельным остеосинтезом.

Результаты. Спектр ревизионных операций включал: реостеосинтез в 4 наблюдениях (9,7%), реостеосинтез в сочетании с корригирующими остеотомиями – в 11 (26,8%), реостеосинтез с костной ауто- и аллопластикой – в 22 (53,6%), реостеосинтез с удлинением кости на гвозде в аппарате внешней фиксации – в 2 (4,9%), а также реостеосинтез с удлинением сегмента, в сочетании с корригирующими остеотомиями – в 2 наблюдениях (4,9%). При выборе варианта ревизионной реконструктивно-восстановительной операции у больных с представленными осложнениями внутреннего остеосинтеза следовали следующему алгоритму: больным 1 группы выполняли риммирование костномозговой полости, реостеосинтез бедренной кости. У больных 2 группы выполняли корригирующую остеотомию, устранение деформации, а затем реостеосинтез гвоздем с риммированием. Больным 3 группы первым этапом выполняли корригирующую остеотомию, исправление деформации, а затем реостеосинтез интрамедуллярным гвоздем. В 4 группе больных ревизионная операция заключалась в удлинении бедренной кости разработанным на кафедре военной травматологии способом (Патент на изобретение № 2373875). У больных 5 группы был выполнен реостеосинтез с соблюдением техники и технологии имплантации металлических конструкций.

Было установлено, что консолидация отломков бедренной кости у 28 больных (68,3%) произошла в средние сроки, у 10 больных (24,4%) – в срок, соответствующий замедленной консолидации переломов. У троих больных 1 и 2 групп (7,3%) консолидация отломков в срок до 1 года не наступила.

Полное восстановление амплитуды движений в коленном суставе отмечено у 14 (34,1%) больных, незначительное ограничение движений – у 16 (39,0%), умеренное ограничение движений – у 8 (19,5%) и у 2 (4,9%) – выраженное ограничение движений.

Заключение. Результаты, полученные нами при лечении больных с различными неинфекционными осложнениями внутреннего остеосинтеза переломов диафиза бедренной кости с применением алгоритма выбора варианта ревизионного оперативного вмешательства позволяют считать его эффективным.

Хоминец В.В., Шаповалов В.М., Михайлов С.В., Щукин А.В., Шакун Д.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЕНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

По данным современной отечественной и зарубежной научной литературы до недавнего времени для лечения раненых с высокоэнергетическими огнестрельными переломами методы внешнего остеосинтеза применяли как окончательные. Однако, количество неудовлетворительных и плохих анатомо-функциональных результатов остается значительным. В последние годы все чаще появляются публикации о результатах использования внутреннего остеосинтеза при лечении тяжелых открытых и огнестрельных переломов как первично, так и последовательно.

Целью исследования явилось улучшить результаты лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей за счет внедрения метода последовательного минимально-инвазивного остеосинтеза на этапе специализированной травматологической помощи в лечебных учреждениях МО РФ.

Материалы и методы исследования:анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 86 раненых с огнестрельными переломами костей конечностей, получившие последовательный минимально-инвазивный остеосинтез в клинике военной травматологии и

ортопедии Военно-медицинской академии. Все раненые были мужского пола. Средний возраст составил 36 лет. По локализации ранения: бедро 31 (из них 4 с ранением двух бедер), голень – 22, плечо 17, предплечье – 8, кисть – 4, напдлечье (ключица и лопатка) – 4. Подавляющему большинству раненых на предыдущих этапах оказания медицинской помощи выполнена внешняя фиксация аппаратами с применением различных методик. В клинике после заживления ран покровных тканей и нормализации показаний гомеостаза выполнен последовательный остеосинтез (в срок от 5 до 86 суток после ранения). Средняя длительность предоперационного периода составила 19±4,3 дней. Показаниями дляостеосинтеза пластинами LCPявилисьоколо- и внутрисуставные переломы дистальной трети бедренной кости (28 случаев – 32,3%), проксимального эпифиза большеберцовой кости (2 – 2,3%), дистальной трети плечевой кости (3 – 3,5%), переломов ключицы и диафизов костей предплечья (5 – 5,8%). Всего накостный остеосинтез выполнен 38 (44%) раненым.Раненым по поводу огнестрельных переломов диафизов бедренной (32 – 37,2%), большеберцовой (12 – 13,9%) и плечевой костей (4 – 4,6%) выполнен остеосинтез интрамедуллярным гвоздем с блокированием (всего 48 операций – 55,8%). Все раненые в раннем послеоперационном периоде получали ЛФК и физиотерапевтическое лечение.

Оценены ближайшие и среднесрочные результаты лечения раненых. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у большинства раненых (71 раненый – 82,5%). У всех раненых отмечено сращение переломов в сроки до 8 месяцев. Инфекционных осложнений не зафиксировано. Укорочения сегментов конечностей (не более 2 см) отмечено у 5 раненых (5,8%) с околосуставными и диафизарными переломами бедренных костей. Умеренное нарушение функции крупных суставов наблюдали у 19 раненых (22,1%) с около- и внутрисуставными переломами бедренной и плечевой кости. Средняя длительность послеоперационного периода составила 16,5 дней, что на 35 суток меньше по сравнению со сроками лечения раненых, получивших внешний остеосинтез как окончательный метод фиксации.

Выводы: методика последовательного минимально-инвазивного остеосинтеза позволяет добиться хороших анатомо-функциональных результатов при лечении раненных с огнестрельными переломами костей конечностей в 82,5% случаев, а также значительно уменьшить сроки лечения.

Храпов Ю.В., Кравцов М.Н., Булыщенко Г.Г., Свистов Д.В.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КЛИНИКО-РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.

ФГБВОУВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, г. *Санкт-Петербург, Тел: 8-931-365-84-24, e-mail: orto@bk.ru*

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов молодого возраста с хронической болью в нижней части спины (ХБНЧС) путём оптимизации схемы их обследования и последующего выбора метода лечения, учитывающего индивидуальные особенности течения заболевания у конкретного пациента.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с ХБНЧС. обращавшиеся за медицинской помощью клинику нейрохирургии Военно-медицинской академии в период 2013-2015 гг. Все пациенты проходили обследование, включавшее в себя уточнение характера и длительности болевого синдрома, ортопедическое и неврологическое обследования, психологическое тестирование, магнитно-резонансную и компьютерную томографию с функциональными пробами, оценку качества жизни пациентов по опросникам Освестри и SF-36. Результаты обследования фиксировались и обрабатывались авторами лично при помощи специально разработанной анкеты и пакета программ STATISTICAver. 10 (StatSoft, Inc.; USA).

Результаты. Было обследовано 16 пациентов (10 мужчин и 6 женщин) пациентов с

ХБНЧС в возрасте от 18 до 45 лет. Их средний возраст (M±s) составил 33±8 года, средняя продолжительность боли в спине (M±s) - 26±9 месяцев, средняя интенсивность боли в спине по цифровой рейтинговой шкале (Me(25%; 75%)) - 5 баллов. При клиническом исследовании наиболее часто отмечались: аберрантные движения (63% обследуемых) и положительный пронационный тест на нестабильность (42 % обследуемых). По результатам психологического тестирования наиболее часто выявлялись: личностная тревога (30% обследуемых) и высокий уровень алекситимии (22% обследуемых). При МРТ и КТ поясничного отдела позвоночника у обследуемых отмечались тенденция к большему снижению высоты диска L5-S1 по сравнению со снижением высоты дисков L4-L5 и L3-L4, а также дегенерация 2 нижнепоясничных дисков I11-IVстепеней по Pfirmann. На основании расчётов коэффициента корреляции Кендалла было установлено, что интенсивность болевого синдрома и степень нарушения качества жизни не коррелировала с результатами клинического обследования ($p > 0,05$). Вместе с тем была выявлена достоверная статистическая связь выраженности болевого синдрома и снижения качества жизни с показателями уровня личностной тревоги ($p = 0,01$), степенью сагиттальной ротации (угла наклона) позвонка L4 ($p = 0,01$) и суммарным показателем степеней дегенерации дисков L4-L5 и L5-S1 ($p = 0,02$).

Заключение. Стандартизация клинико-радиологической диагностики позволяет разделить гетерогенную популяцию пациентов ХБНЧС на несколько однородных групп, выявить индивидуальные факторы, способствующие развитию болевого синдрома и учитывать их при выборе метода лечения, а также способствует более точной оценке его эффективности.

ХрыковГ.Н.[1], МайстренкоН.А.[1], МанихасГ.М.[2], ФридманМ.Х.[2], РомащенкоП.Н.[1], ХаликовА.Д.[2]

РЕАЛИЗАЦИЯ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ФАСТ ТРАК ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова[1], Городской клинический онкологический диспансер[2]

Рак ободочной кишки занимает 3 место по заболеваемости и 2 место по смертности в мире. Данные литературы указывают, что средний возраст заболевших составляет 71 год, а процент осложнений при лечении рака ободочной кишки (РОК) колеблется от 4% до 20%. Публикации по применению классического протокола ускоренного восстановления пациентов (ERAS) после хирургических операций у лиц ПСВ часто не отражают специфики периоперационного ведения данной категории больных, а характеристика осложнений ограничивается показателями 30-дневной летальности и частоты повторных госпитализаций. Представляется актуальным изложить анализ осложнений в рамках применения оптимизированного протокола ФАСТ ТРАК при хирургическом лечении больных РОК ПСВ.

Проанализированы результаты планового хирургического лечения 170 больных РОК. Средний возраст пациентов составил 74,8±1,2 года, при этом более 50% были старше 75 лет. Менее 10% больных были не отягощены выраженной сопутствующей патологией (3 и более сопутствующих заболеваний). 25 (14,7%) пациентов оперированы лапароскопическим доступом. Оптимизированный протокол ускоренного восстановления ФАСТ ТРАК включал до операции: мультидисциплинарное мультимодальное ведение периоперационного периода, оценку «функциональной операбельности и коррекцию трофологического статуса. В интраоперационном периоде активно применяли анестезиологические и хирургические методики, позволяющие максимально редуцировать негативное влияние хирургического

стресса. В послеоперационном периоде использовалась методика максимально ранней активизации пациентов.

При осуществлении оптимизированного протокола ФАСТ ТРАК в хирургическом лечении РОК у больных ПСВ установлено, что осложнения имели место у 23 (13,5%) больных. При анализе по Clavien-Dindo осложнения I степени отмечались у 7, IIст. - у 6 пациентов, IIIст. – у 4, IV ст. у 2 больных и летальные исходы в стационаре (C.-D.- V ст.) в 4 случаях. Следует отметить, что преобладали осложнения легкой степени 7,7% против 5,9%. Анализ показал, что осложнения I и IIстепени связаны с несоблюдением компонентов протокола (преждевременное удаление эпидурального катетера, позднее начало энтерального питания, поздняя активизация больных, несвоевременное начало приема препаратов, корригирующих сопутствующую патологию), были купированы в условиях отделения. Осложнения III степени были в основном связаны с погрешностями при выполнении хирургического вмешательства (повреждение мочеточника – 1, паралитическая непроходимость – 2, некроз послеоперационной раны на фоне эссенциального тромбоцитоза – 1). Осложнения IV степени характеризовались декомпенсацией сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы (острый коронарный синдром – 1, интраоперационная брадикардия с развитием фибрилляции предсердий – 1). Осложения V степени - летальные исходы в стационаре обусловлены в 2 случаях развитием полиорганной недостаточности на фоне ТЭЛА, перитонита и абдоминального сепсиса – у 2 больных). Несмотря на развитие осложнений, максимальное соблюдение компонентов протокола ФАСТ ТРАК позволило осуществить реабилитацию 11 (57,9%) пациентов в сроки от 7 до 13 суток. Отдаленные результаты наблюдения за данной группой пациентов свидетельствуют об отсутствии различий по безрецидивной и общей выживаемости по сравнению с группой пациентов без осложнений.

Таким образом, реализация оптимизированного протокола ФАСТ ТРАК в лечении больных РОК ПСВ при осложненном течении послеоперационного периода позволяет реабилитировать сложную для хирургического лечения категорию пациентов с достижением хороших хирургических и онкологических результатов.

Царева О.И., Данцев В.В.

ВЫЯВЛЕНИЕТУБЕРКУЛЕЗАВ МНОГОПРОФИЛЬНОМСТАЦИОНАРЕОБЩЕЙЛЕЧЕБНОЙСЕТИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Одной из актуальных проблем здравоохранения, в настоящее время, является выявление легочного и внелегочного туберкулеза в многопрофильных стационарах общей лечебной сети.

Целью исследования был анализ частоты выявления, структуры и клинических проявлений туберкулеза в ГБУЗ «Городская Мариинская больница» Санкт-Петербурга в 2015 году.

СПБ ГБУЗ «Городская Мариинская больница», основанная в 1803 году, является многопрофильным лечебно-диагностическим учреждением мощностью более 900 коек. Врач-фтизиатр консультирует все 24 отделения больницы, причем 77% консультаций приходится на терапевтическое, эндокринологическое, неврологическое, приемное отделения и шоковую реанимацию. Всего за 2015 год было проконсультировано 495 больных, анализировались истории болезни, результаты клинико-лабораторных, рентгенологических, инструментальных исследований.

Туберкулез выявлен у 137 человек (27,7%): впервые у – 87 (63,5%), рецидив процесса - у 50 (36,5%). Наиболее часто диагностировался инфильтративный туберкулез легких - 38(43,7%) чел., при этом в 55-60% случаях отмечался распад легочной ткани и

бактериовыделение, то есть данная группа больных наиболее опасна для окружающих в эпидемиологическом отношении. Преобладание больных инфильтративной формой туберкулез объясняется частым сходством клинической и рентгенологической картины инфильтративного туберкулеза легких и внебольничной пневмонии, с диагнозом которой больные чаще всего госпитализировались в стационар.

Второй клинической формой по частоте выявления был диссеминированный туберкулез легких – 26 человек (29,9%), которые направлялись на госпитализацию с диагнозами: пневмония, застойная сердечная недостаточность, пневмокониоз, саркоидоз, метастатическое поражение легких.

В последнее время увеличивается число больных с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) - 26(29,9%), что напрямую связано с распространением ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, которой тропен именно к лимфатической системе. Туберкулез легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией был выявлен у 14 (16,1%) больных, в возрасте преимущественно до 30 лет.

Таким образом, в многопрофильном стационаре туберкулез был выявлен у 137 (27,7%) из 495 проконсультированных больных (впервые выявленный у 87 (63,5%) больных, рецидив - у 50(36,5%) больных. Наиболее часто встречался инфильтративный туберкулез легких – 38 (43,7%), Растет частота выявления ВИЧ-ассоциированного туберкулеза – 14 (16,1%) больных, который протекает в виде тяжелых клинических форм (милиарный туберкулез, казеозная пневмония).

Цепкова Г.А., Халимов Ю.Ш., Першин В.Н., Ветряков О.В., Жекалов А.Н., Ткачук Н.А., Бабак А.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Санкт-Петербург, Кафедра военно-полевой терапии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В настоящее время одним из важных направлений развития профпатологии является разработка и внедрение в практическое здравоохранение высокоэффективных средств прогнозирования и ранней диагностики заболеваний, вызываемых воздействием вредных производственных факторов, на основе современных методов исследования, управления и информационных технологий.

В современных условиях труда наиболее часто развиваются стертые, слабо выраженные формы профессиональных заболеваний, ранние клинические проявления которых в большинстве случаев неспецифичны, что создает определенные трудности для их диагностики. Задачи, стоящие перед клиницистами по ранней диагностике профессиональной патологии, значительно усложнились, так как классические формы профессиональной патологии наблюдаются все реже.

Согласно рекомендации ВОЗ по профессиональной гигиене под ранним выявлением признаков нарушения здоровья, вызванного профессиональными вредностями, следует понимать «…выявление нарушения гомеостатических и компенсаторных механизмов на этапе, когда биохимические, морфологические и функциональные сдвиги, предшествующие появлению выраженных симптомов и признаков заболевания, являются полностью обратимыми…».

Разработка и применение новых диагностических методов с целью выявления ранних признаков воздействия на организм вредных производственных факторов может включать в себя:

– исследование показателей центральной и периферической гемодинамики, которые являются индикаторами адаптационных реакций организма в ответ на нервно-

эмоциональное напряжение, воздействие электромагнитных полей, охлаждающего микроклимата, шума, вибрации и др.;

–телеметрический скрининг, позволяющий получить «информационный портрет» больного человека (вне зависимости от заболевания и локализации патологического процесса), а также людей, находящихся в состоянии крайней дизадаптации;

– исследования, направленные на интегральную характеристику иммунного гомеостаза с использованием лазерной цитометрии с моноклональными антителами, определение эозинофильного катионного пептида, полиморфизма генов, цитокинов, что позволяет выявить пусковые механизмы нарушения иммунологического гомеостаза организма, прогнозировать дальнейшее развитие профессиональной патологии (в том числе пылевой патологии дыхательных путей), а также найти пути для защиты иммунной системы каждого работника;

– оценка микроэлементного статуса работника (особенно в условиях воздействия тяжелых физических нагрузок), который определяется методом масс-спектрометрии;

– исследование показателей антиоксидантной защиты;

– энзимодиагностику;

– аллергодиагностику и диагностику неспецифических иммунологических сдвигов,

– исследование показателей липидного обмена, в частности, у работников шумо-вибрационных профессий и др.

Своевременное выявление людей, склонных к профессиональным заболеваниям и имеющих донозологические формы, позволит формировать рациональные схемы организации лечебно-оздоровительных мероприятий, улучшив качество медицинского обслуживания людей, работающего во вредных условиях труда.

Цыган А.В., Облекова Е.В., Баурова Н.Н., Дендрикова М.Ю.,

Цыган Е.Н.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Кафедра нефрологии и эфферентной терапии[1], кафедра факультетской терапии[2], кафедра психиатрии[3]

Ревматические заболевания отрицательно влияют на качество жизни (КЖ) − интегральную характеристику физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемую исходя из его субъективного восприятия (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007). Анкилозирующий спондилит (АС) дебютирует в молодом возрасте, пик заболеваемости приходится на возраст 15-30 лет, при этом мужчины болеют в 2-3 раза чаще женщин.

Обследовано две группы больных с АС. I группу составили 2 женщины и 46 мужчин, в возрасте от 21 до 54 лет (средний возраст – 38,3±1,3 лет), средней длительностью заболевания 4,6±0,6 лет (минимальная длительность – 6 месяцев, максимальная – 13 лет). Медикаментозное лечение включало постоянный прием одного из нестероидных противовоспалительных препаратов (целекоксиб 400 мг/сут, мелоксикам 15 мг/сут, эторикоксиб 90 мг/сут, диклофенак натрия 150 мг/сут). Вовлечение аксиального скелета наблюдалось в 100% случаев, носило восходящий характер, но в большинстве случаев отсутствовали четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов при рентгенологическом исследовании (91,7%). Рентгенологические признаки одно- или двухстороннего сакроилиита выявлялись в 100% случаев. У 26 (54,2%) больных выявлены рентгенологические признаки двухстороннего сакроилиита в виде эрозий и склероза (II рентгенологическая стадия). Сакроилиит III и IV стадии регистрировался соответственно в 6

(12,5%) и 4 (8,3%) случаях. У 17 (35,4%) больных отмечались артриты в основном крупных и средних суставов нижних конечностей (тазобедренных, коленных, голеностопных). Независимо от методов оценки активности заболевания (по степеням активности, по индексу BASDAI, счету активности ASDAS-$_{СРБ}$) наибольший процент составляли больные с умеренной и высокой активностью АС. Среди внескелетных проявлений наиболее часто отмечались конституциональные симптомы − субфебрильная лихорадка (50,0%), похудание (43,7%), лимфоаденопатия паховых и подмышечных лимфоузлов (41,6%). Поражение глаз наблюдалось 14,6% больных: в 4 (8,3%) случаях – иридоциклит, 3 (6,3%) – конъюнктивит. Признаки ограничения дыхательной экскурсии легких выявлены у 33,3% больных, миокардиодистрофия - в 9 (18,7%) случаях, аортит - 2 (4,2%). У 2 (4,2%) больных имел место неспецифический язвенный колит, у 2 (4,2%) пациентов - псориаз.

II группу пациентов АС составили 26 мужчин в возрасте от 29 до 57 лет (средний возраст – 35,8±1,52 лет), средней длительностью заболевания 6,38±1,02 лет (минимальная длительность – 1 год, максимальная – 24 года). Всем пациентам данной группы с учетом наличия показаний (персистенции высокой активности болезни, неэффективности предшествующей терапии, наличия резистентного к стандартной терапии поражения глаз − увеита, иридоциклита; прогрессирующего коксита) проводилась генно-инженерная терапия ингибитором ФНО-α инфликсимаб. Поражение позвоночника наблюдалось в 100% случаев, носило восходящий характер с формированием умеренного ограничения движений в позвоночнике или периферических суставах (84,6%). У 15,4% пациентов имело место ограничение движений в позвоночнике вследствие анкилозирования, полный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений, межпозвонковых с наличием оссификации связочного аппарата в виде “бамбуковой палки” (III стадия заболевания) и коксит с исходом в коксартроз III стадии. Среди внескелетных проявлений были отмечены иридоциклит(15,4%), признаки ограничения дыхательной экскурсии легких (76,9%) и миокардиодистрофии (38,4%), неспецифический язвенный колит (7,7%). По индексу BASDAI, счету активности ASDAS-$_{СРБ}$ отмечалась минимальная активность заболевания.

Для оценки КЖ использовался опросник – SF-36. У больных АС I группы снижение активности заболевания сопровождалось улучшением КЖ SF-36 по шкалам интенсивности боли, жизнеспособности, самооценки психического здоровья. Улучшение оценки физического и социального функционирования, общего состояния здоровья, жизнеспособности было наиболее очевидно на ранних стадиях заболевания с начальными рентгенологическими стадиями сакроилиита, при отсутствии внеаксиальных проявлений.

Больные II группы достоверно лучше оценивали КЖ SF-36 по шкалам общего состояния здоровья, интенсивности боли, влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование. Увеличение длительности заболевания негативно сказывалось на оценке социального функционирования ($r=-0,42$, $p<0,05$) и общего состояния здоровья ($r=-0,41$, $p<0,05$). Снижение оценки физического функционирования отмечалось при высокой активности заболевания по BASDAI ($r=-0,61$, $p<0,05$) и СРБ ($r=-0,40$, $p<0,05$). Выраженность функциональных нарушений приводила к усилению влияния физического ($r=-0,44$, $p<0,05$) и эмоционального состояния на ролевое ($r=-0,43$, $p<0,05$) функционирование. Чем выше рентгенологическая стадия сакроилиита, тем более очевидно влияние физического ($r=-0,48$, $p<0,05$) и эмоционального ($r=-0,67$, $p<0,05$) состояний на ролевое функционирование, ниже самооценка психического здоровья ($r=-0,43$, $p<0,05$). Наличие системных проявлений ухудшало КЖ по шкалам общего состояния здоровья ($r=-0,42$, $p<0,05$), влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование ($r=-0,50$, $p<0,05$). Таким образом, чем меньше длительность, рентгенологическая стадия сакроилиита, активность заболевания, системность и функциональные нарушения, тем более очевидны позитивные изменения КЖ SF-36. Отсутствие корреляционных связей по шкале интенсивности боли с клинико-лабораторными характеристиками АС указывает на эффективность применения ГИБТ ингибитором ФНО-α инфликсимаб у больных АС в

развернутой и поздней стадиях с купированием или уменьшением интенсивности болевого синдрома до уровня отсутствия влияния на КЖ.

Подводя итог можно резюмировать, что у больных АС высокая активность заболевания сопровождается ухудшением КЖ по шкалам оценки общего состояния здоровья, интенсивности боли, жизнеспособности, физического функционирования, влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, психического здоровья. В развернутой и поздней стадиях, а так же при наличии внескелетных проявлений оценка КЖ ниже по параметрам общего состояния здоровья, влияния эмоционального и физического состояний на ролевое функционирование, социального функционирования. Терапия ингибитором ФНО-α инфликсимаб у больных АС приводит к снижению параметров воспалительной активности, что сопровождается улучшением параметров оценки КЖ.

Цыган Н.В., Андреев Р.В., Пелешок А.С., Коломенцев С.В., Курасов Е.С., Литвиненко И.В., Одинак М.М., Хубулава Г.Г.

СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ПЛАСТИКИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нервных болезней

Особенности сочетания и интенсивности различных периоперационных факторов определяют разнообразие клинических типов послеоперационной мозговой дисфункции – периоперационного мозгового инсульта, симптоматического делирия раннего послеоперационного периода, отсроченных когнитивных нарушений.

Цель исследования: Изучить частоту различных клинических типов послеоперационной мозговой дисфункции при операциях протезирования и пластики клапанов сердца.

Материалы и методы: Нами обследовано 47 пациентов (20 женщин и 27 мужчин) в возрасте от 20 до 81 года, у которых были ранее диагностированы приобретенные пороки клапанов сердца. В I группу были включены 33 пациента, которым были выполнены операции по протезированию клапанов сердца (аортального клапана – 20 пациентам, митрального клапана – 9 пациентам, аортального и митрального клапанов – 3 пациентам, митрального и трикуспидального клапанов – 1 пациенту). II группу составили 14 пациентов, которым была выполнена хирургическая пластика клапанов сердца (митрального клапана – 12 пациентам, митрального и аотрального клапанов – 1 пациенту, митрального и трикуспидального клапанов – 1 пациенту). Все операции были осуществлены в условиях искусственного кровообращения. Продолжительность операций составила 240 [210; 295] мин, продолжительность искусственного кровообращения – 96 [85; 125,5] мин, время пережатия аорты – 66 [56; 88,5] мин. Профилактику воздушной эмболии проводили по стандартной методике. Оценку неврологического статуса по шкале NIHSS проводили за 2-3 сут до операции и через 3 сут после операции. При увеличении балла по шкале NIHSS на 1 и более пациентам выполняли компьютерную томографию головы для верификации диагноза. Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода диагностировали после консультации психиатром. Оценку когнитивных функций производили всем пациентам по шкале MoCA и батарее FAB за 2-3 сут до операции и через 7-10 сут после операции. Для исключения клинически значимой депрессии и клинически значимой тревоги проводили оценку по шкале HADS за 2-3 сут до операции и через 7-10 сут после операции.

Результаты: Частота послеоперационной мозговой дисфункции в I группе составила 45%, во II группе – 7%. По результатам неврологического осмотра, оценки неврологического статуса по шкале NIHSS в динамике, КТ головного мозга у 1 (3%) пациента в I группе

(протезирования митрального клапана сердца) был диагностирован периоперационный мозговой инсульт, во II группе у всех обследованных пациентов отсутствовали клинические признаки острого нарушения мозгового кровообращения. Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода был диагностирован также только в I группе (протезирования аортального клапана сердца) у 4 (12%) пациентов (продолжительность делирия – от 1 до 14 суток). Отсроченные когнитивные нарушения развились у 10 (30%) пациентов I группы и у 1 (7%) пациента II группы.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что послеоперационная мозговая дисфункции чаще развивается после операций по протезированию клапанов сердца (45%). При этом симптоматический делирий раннего послеоперационного периода был диагностирован только после операций протезирования аортального клапана сердца, что, вероятно, может быть связано с реперфузионным воздействием на головной мозг в раннем послеоперационном периоде.

Цыганков К.А., Щеголев А.В., Аверьянов Д.А., Лахин Р.Е., Бокатюк С.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, кафедра анестезиологии и реаниматологии

Введение. Формирование заключения о функциональном состоянии пациента является одной из важных задач предоперационного осмотра врача анестезиолога-реаниматолога (далее – анестезиолога). Для решения данной задачи используют различные шкалы и индексы. К сожалению, они не дают полноценной информации о функциональном состоянии пациента по причине субъективности оценки со стороны как пациента, так и анестезиолога. Данный факт определяет необходимость оптимизации предоперационного осмотра за счет внедрения и рутинного использования объективных методов обследования. Одним из таких методов является кардиореспираторное нагрузочное тестирование (КРНТ). Однако данный метод в основном используют в спортивной медицине у относительно здоровых испытуемых. Возможность его использования у пациентов с различной хирургической патологией перед операцией изучена недостаточно.

Цель: оценить возможность использования КРНТ у пациентов перед операцией.

Материалы и методы: в исследование было включено 18 пациентов, средний возраст которых составил 60 (54; 65) лет. Физический статус по классификации ASAII 10 пациентов (56%), III 8 пациентов (44%). В предоперационном периоде всем пациентам выполняли КРНТ. Для проведения КРНТ использовали систему «UltimaCPX» фирмы «MedicalGraphics» (США). Непосредственно перед каждым исследованием данную систему калибровали с помощью стандартных газовых смесей. Дозированную нагрузку осуществляли при помощи велоэргометра. Протокол физической нагрузки включал в себя четыре фазы (покой, свободный ход, нагрузка, восстановление). Начальная нагрузка составляла 25 Вт, каждые 2 мин она увеличивалась на 25 Вт до достижения анаэробного порога (АП). Анализ газового состава выдыхаемого воздуха осуществляли в каждом дыхательном цикле. С помощью газоанализатора, входящего в систему регистрировали АП и максимальное потребление кислорода (VO_{2max}). В последствие данным пациентам были выполнены плановые оперативные вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия – 12, лапароскопическая герниопластика – 2, гастрэктомия – 2, брюшно-промежностная эксирпация прямой кишки – 2.

Результаты и их обсуждение: КРНТ удалось выполнить у всех пациентов перед операцией. Во всех случаях АП был достигнут и составил 11,1 (10,1; 12) мл/кг/мин, VO_{2max}15,7 (15,2; 18,3) мл/кг/мин. Согласно полученным результатам, АП и VO_{2max} пациенты были расценены, как функционально компенсированные. Течение анестезии у данных

пациентов было гладкое, послеоперационный период протекал без осложнений. Полученные данные не противоречили результатам, выявленными при анализе научной литературы: у пациентов с АП менее 11 мл/кг/мин и VO_{2max}менее 15 мл/кг/мин увеличивается частота летальности и, развития осложнений и время нахождения в стационаре.

Вывод. Использование КРНТ в предоперационном периоде позволяет анестезиологу объективизировать функциональное состояние пациента.

ЧемодаковаК.А., СухинаИ.А., МешковаМ.Е., НикитинВ.Ю., МартыновБ.В., Свистов Д.В.

ИММУННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОМАМИ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

Цельисследования. Прогноз для большинства пациентов с глиомами остается неблагоприятным, несмотря на достижения традиционной терапии. Этоподталкиваеткинтенсивномупоискуальтернативноголечения. Иммунотерапия может быть одной из таких альтернатив, но её применение ограничено из-за отсутствия адекватных исследований иммунного статуса при глиальных новообразованиях. Современные достижения в в иммунологии предполагают более рациональные подходы к иммунотерапии. Целью данного исследования было изучение особенностей иммунного статуса у больных с глиомами в дооперационном периоде.

Материалы и методы. Были проанализированы иммунограммы 35 пациентов со злокачественными глиомами в дооперационном периоде накануне оперативного вмешательства. В последующем из исследования были исключены 4 пациента (1 с рецидивом глиомы, 3 больных, у которых были диагностированы опухоли другой гистологической природы).

Иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови (ПК) проводились на проточном цитометре «CytomicsFC500» (фирмы «BeckmanCoulter», США) с использованием следующих 5-ти и 4-х цветных комбинаций прямых моноклональных антител (МКА) той же фирмы: CD45/CD4/CD8/CD3/CD25, CD45/CD16+56/CD19/CD3/HLA-DR,CD45RA/CD45RO/CD4/CD45, CD8/CD38/CD3/CD45/.

Результаты исследования. Средний возраст на момент госпитализации для проведения оперативного лечения составил 43,7±15,4 лет. По гистологической структуре больные делились: GradeI- 1, GradeII – 10, GradeIII – 9, GradeIV – 11.

У 63,33% обследуемых пациентов выраженных количественных нарушений со стороны основных субпопуляций Т-клеток не наблюдалось. В то же время отмечался рост количества Т-хеллперов (CD3+CD4+) в 33,3% случаев, рост Т-ЦТЛ(CD3+CD8+) в 36,67 %, и их снижение в 23,3%, преимущественно у пациентов с глиобластомами. Увеличение показателя Т-киллеров (CD3+CD16+56+) было выявлено в 26,67 % исследуемых иммунограмм. Индекс CD3+CD4+/CD3+CD8+ вырос в 50 % случаев и был снижен 13,33%. Наряду с этим отмечалось снижение NK-клеток с экспрессией CD56+ у 26,67 % пациентов. При оценке субпопуляций В-клеток, концентрации иммуноглобулинов и функциональной активности нейтрофилов значительных изменений выявлено не было.

Выводы.

1. Сравнительный анализ данных иммунограмм свидетельствует о дисбалансе в содержании основных субпопуляций Т-клеток, активации Т-клеточного звена в среднем в 32 % случаев.

2. В 25% рассмотренных случаев выявлено снижение количества естественных киллеров.

3. Выраженных количественных нарушений субпопуляционного состава В-клеток не было зафиксировано.

ЧемодаковаК.А., СухинаИ.А., МешковаМ.Е., НикитинВ.Ю., МартыновБ.В., Свистов Д.В.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

Цель исследования. Исход лечения пациентов с глиомами, не смотря на все современные комплексные методы, зачастую неблагоприятный. Иммунотерапия глиальных опухолей является перспективным методом лечения, но ее применение имеет ряд ограничений в связи с нехваткой адекватных исследований иммунного статуса у таких пациентов. Целью данной работы было ценить показатели иммунного статуса у больных с глиомами в послеоперационном периоде.

Материалы и методы:

Были проанализированы иммунограммы 30 пациентов со злокачественными глиомами послеоперационном периоде на 7 сутки после оперативного вмешательства. Иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови (ПК) проводили на проточном цитометре «CytomicsFC500» (фирмы «BeckmanCoulter», США) с использованием следующих 5-ти и 4-х цветных комбинаций прямых моноклональных антител (МКА) той же фирмы: CD45/CD4/CD8/CD3/CD25, CD45/CD16+56/CD19/CD3/HLA-DR,CD45RA/CD45RO/CD4/CD45, CD8/CD38/CD3/CD45/.

Результаты исследования.

Средний возраст на момент госпитализации для проведения оперативного лечения составил 43,7±15,4 лет. По гистологической структуре больные делились: GradeI- 1, GradeII – 10, GradeIII – 9, GradeIV – 10. В 24 случаях было проведено открытое оперативное вмешательство, в 5 – стереотаксическая биопсия с последующей криодеструкцией и у 1 пациента - стереотаксическая биопсия.

На фоне абсолютного лейкоцитоза (56,66%) у 30% обследуемых пациентов отмечается повышение количества Т-клеток. В то же время отмечается рост количества Т-хелперов (CD3+CD4+) в 43,3% случаев, рост Т-ЦТЛ(CD3+CD8+) в 26,67 %, и их снижение в 23,3%. Снижение показателя Т-киллеров (CD3+CD16+56+) в 26,67 % исследуемых иммунограмм. Индекс CD3+CD4+/CD3+CD8+ увеличен в 53,3 % случаев, снижен 13,33%. Наряду с этим отмечается снижение NK-клеток с экспрессией CD56+ у 56,67 % пациентов (для сравнения в дооперационном периоде- 26,67%). При оценке субпопуляций В-клеток, концентрации иммуноглобулинов и функциональной активности нейтрофилов значительных изменений выявлено не было. Отмечается снижение содержания высокомолекулярных циркулирующих иммунных комплексов в 50% случаев.

Заключение.

1. Сравнительный анализ данных иммунограмм свидетельствовал о выраженном дисбалансе в содержании основных субпопуляций Т-клеток на фоне лейкоцитоза, сопровождающийся ростом процента Т-хелперов.

2. Отмечалось выраженная супрессия NK-киллеров, которая по сравнению с дооперационном уровнем увеличилась на 30 %, что вероятнее всего связано с их миграцией из периферической крови в зону оперативного вмешательства.

3. Выраженных количественных нарушений субпопуляционного состава В-клеток и содержания иммуноглобулинов не было выявлено.

4. Значительное увеличение количества ЦИК в крови было зафиксировано у половины исследуемых, что свидетельствует о развития воспалительного процесса.

Черкашина И.В., Войтенков В.Б., Самойлова И.Г., Лесная И.Н.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт детских инфекций» ФМБА России Санкт-Петербург

Резюме. Проблема реабилитации детей с двигательным дефицитом продолжает оставаться актуальной. В настоящее время существует множество методик, позволяющих добиться значительных положительных результатов в реабилитации таких детей. Особого внимания заслуживают способы кинезитерапии с использованием функциональных тренажеров с обратной связью для восстановления двигательной активности пациентов. Однако, даже эти инновационные методики не позволяют проводить персонализацию применяемой терапии, базирующуюся на объективных нейрофизиологических критериях.

Материалы и методы. Для объективизации эффективности методик кинезитерапии с использованием функциональных тренажеров с обратной связью, в отделении медицинской реабилитации ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций» ФМБА России применяется методика диагностической транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС). В отличие от методики поверхностной миографии (ЭМГ) ТКМС не зависит от субъективного желания пациента сотрудничать с оператором; позволяет количественно оценивать скорость проведения по моторным путям и функциональную активность мотонейронов. ТКМС позволяет определить латентность (в мс), амплитуду (в мВ) и порог (в %) вызванного моторного ответа (ВМО).

Обследовано 20 человек, 8 мальчиков, 12 девочек, средний возраст 13 лет (10-15 лет). У всех имел место моторный дефект вследствие перенесенных нейроинфекций и органического поражения ЦНС. Все пациенты прошли терапию на бегущей дорожке HPCosmosmercurymed, 10 сеансов. Всем пациентам до начала терапии и через 7 суток проводилась диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) с помощью аппарата «Нейро-МС» (компания Нейрософт, Россия) с оценкой порога, латентности, амплитуды и формы сегментарных вызванных моторных ответов (ВМО), расчетом времени центрального моторного проведения (ВЦМП) с рук и ног. Регистрация проводилась с помощью электронейромиографа «Нейро-МВП» (компания Нейрософт, Россия). При выявлении ускорения проведения по моторным путям, повышения функциональной активности нейронов поясничного и/или шейного утолщения спинного мозга, проявлявшихся в укорочении латентностей сегментарных ВМО, повышении их амплитуд и понижении порогов по сравнению с исходным уровнем, терапия продолжалась с прежним режимом лечения. При отсутствии положительной динамики по данным ТКМС, режим терапии усиливался.

Результаты. Побочных реакций и нежелательных явлений, отказа от проведения исследования не наблюдалось ни в одном случае. При первом исследовании высокий порог (60-70%) возникновения ВМО наблюдался у всех пациентов, у всех регистрировались нарушение формы ВМО (полифазия), снижение их амплитуды и асимметрия ее более, чем на 4 мВ. При втором исследовании у 12 из 20 пациентов отмечалось снижение порога ВМО до 40-50% (у двоих — до 35%). Полифазия ВМО сохранялась, но ее степень у 8 пациентов значительно уменьшилась. У этих же пациентов отмечалось умеренное повышение амплитуды ВМО. У данной группы пациентов терапия продолжалась в прежнем режиме. У остальных 8 детей режим терапии был усилен. В результате проведения персонализированной терапии у всех пациентов наблюдалось клиническое улучшение,

проявлявшееся в изменении параметров ходьбы (увеличение скорости, длины шага) и улучшении постуральной устойчивости.

Выводы. Таким образом, персонализация программ медицинской реабилитации детей с двигательным дефицитом с использованием метода ТКМС позволяет объективно оценить качество проводимой реабилитации и определить тактику дальнейшего лечения.

Чередникова М.В., Кобозова К.А.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

За отчетный период деятельности психиатрического кабинета неврологического отделения КДЦ ВМедА им. С.М. Кирова отмечалась тенденция к увеличению заболеваемости тревожным расстройствами. Особенностями приема в данном учреждении является преобладание пациентов пожилого возраста. Назначение психотропных средств у этой категории больных связана с определенными особенностями, а именно: наличием большого количества сопутствующих заболеваний, а также вызывают выраженные побочные эффекты. В связи с этим целью данного исследования являлось изучить применение растительных лекарственных средств при лечении тревожных расстройств у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. В исследование вошли 45 пациентов (25 мужчины и 20 женщин, средний возраст составил (69,8$\pm$6,9 года) с органическим тревожным расстройством. В основную выборку не включались пациенты с тяжелой сопутствующей патологией и эпилепсией. Ведущими методами были клинико-психопатологический и клинико-фармакологический.

Результаты и их обсуждение. Клинико-психопатологическое исследование показало, что для всех пациентов были характерны цереброастеническая симптоматика, эмоциональная лабильность, тревога по поводу состояния своего здоровья. Кроме этого пациенты предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, дискомфорт в области сердца. Все 45 пациентов были предварительно осмотрены врачами – специалистами (терапевт, невролог) для исключения актуальной терапевтической и неврологической патологии.

Применение лекарственных растение с самых древних времен служили целям практической медицины. Использование лекарственных растений (фитотерапия) остается актуальным и в наши дни. Среди седативных средств также много препаратов растительного происхождения. У исследуемых пациентов применялись отвары успокаивающих трав (22,5 %), травяные чаи с мелиссой (18,4 %), душицей (30,1 %), мятой (23,5 %) и лавандой (23,5 %), а также экстракт пассифлоры (22,6 %), настойка валерианы, полыни и красавки (31,8 %), готовые сборы (успокоительные чаи) (52,4 %).

Пациенты принимали их во второй половине дня, чтобы успокоиться и подготовиться к ночному сну, или перед сном, за 40-60 мин до него. Растительные препараты действовали мягко, не оказывая побочных эффектов, и применялись в течение 3х недель. Использование седативных растительных лекарственных средств способствовали расслаблению (34,8 %), уменьшению выраженности тревоги (48,9 %) и опосредованно оказывали снотворное действие (55,4 %). Кроме этого отмечалось нормализация цифр артериального давления (57,2 %), частоты сердечно-сосудистых сокращений (56,3 %) и улучшение общего самочувствия (55,7 %). В связи с этим уменьшалось количество применяемых гипотензивных препаратов (38,2 %).

Выводы. Седативные растительные лекарственные препараты с давних пор применяются с целью лечения тревожных расстройств. Эти средства оказывают умеренный успокаивающий, противотревожный и снотворный эффекты. Их применение не вызывает развитие серьезных побочных эффектов и «синдрома привыкания». Кроме этого, данные седативные растительные лекарственные препараты улучшают не только психическое, но и соматическое состояние пациентов, что приводит к снижению количества принимаемых лекарственных средств.

Чернегов В.В. Фархуллин А.И.

МЕТОД НАПРАВЛЕННОЙ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВЫХ СЕТОК ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ОДНОВРЕМЕННО ПО ГОРИЗОНТАЛИ И ПО ВЕРТИКАЛИ.

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

Одним из условий выполнения операции дентальной имплантации является достаточный объем костной ткани. По данным литературы, при частичной или полной адентии частота различных вариантов уменьшения альвеолярного костного объема на верхней и нижней челюстях составляет не менее 30%.

В клинических ситуациях, когда необходимо создать объем костной ткани одновременно по вертикали и по горизонтали, перспективным является применение метода направленной костной регенерации с использованием титановых сеток. Показанием является увеличение объема костной ткани от 4 мм. Титановая сетка имеет ряд преимуществ в отличие от резорбируемых мембран. Во-первых предотвращает давление со стороны мягких тканей на зону костной регенерации за счет титанового каркаса, во-вторых позволяет восстанавливать костную ткань в строго заданном объеме и направлении. Титановую сетку необходимо удалить в период от 6 до 9 месяцев.

Пациент К. 57 лет поступил по поводу частичной вторичной адентии нижней челюсти (1 класс по Кеннеди), атрофии беззубого альвеолярного края. После клинических и рентгенологических методов обследования было решено выполнить операцию реконструкции альвеолярного гребня методом направленной костной регенерации с использованием титановых сеток. В качестве трансплантата использовалась костная ткань из гребня подвздошной кости и костно - пластический материал BIO-GEN (BioTeck).

Результаты операции свидетельствуют о создании достаточного объема костной ткани для последующей дентальной имплантации. Применение метода направленной костной регенерации с фиксацией зоны реконструкции титановыми сетками является перспективным подходом в ситуациях, когда необходимо восстановить значительный объем костной ткани.

Черныш В.Ф.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Организация и оказание амбулаторной стоматологической помощи (санации полости рта) военнослужащим и другим категориям граждан в военно-медицинских организациях, получивших на это право в соответствии с федеральным законом «О статусе

военнослужащих» остаётся актуальной и до конца нерешённой проблемой медицинской службы военного округа.

Так, распространённость и интенсивность кариеса зубов среди рядового состав, проходящего военную службу в ТСМО военного округа по контракту составляет 98,7% и 13,1 зуба соответственно. Эти показатели даже несколько превышают данные поражённости зубов кариесом рядовых чинов Русской армии в 1913 году (98,5% и 12,7 зуба), которые приводит в своей докторской диссертации М.Н. Кокушин (Прохватилов Г.И и соавт.,2004;Содатов И.К.,2015.). Анализ показателей стоматологической заболеваемости современной армии России как по материалам поражённости, так и данным обращаемости свидетельствует о том, что за столетний период (с 1913г. по 2015 г.) заболеваемость кариесом зубов среди рядового состава Российской Армии не только не снизилась, а имеет тенденцию к росту. И если эти показатели в начале 20 века можно объяснить отсутствием её организации в Русской Армии, то в начале 21 века такие высокие показатели стоматологической заболеваемости рядового состава Российской Армии нуждаются в объяснении. Не были проведены мероприятия по приведению организационно-штатной структуры военно-медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь военнослужащим и прикреплённым контингента в соответствии с формами обслуживания (диспансерной – военнослужащие, приказ МОРФ № 800, 2011г. по «обращаемости» - прикреплённые контингенты населения (адаптирование приказа МЗ РФ № ё1496; от 2011г.) и широко не внедрены среди рядового и офицерского состава войск методы первичной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта. Необходимо было увеличить объём стоматологической помощи военнослужащим путём обеспечения диспансерной формы организации санации полости рта научно обоснованным врачебным нормативом диспансеризации - один врач-стоматолог для обслуживания 900 человек состава (ЧернышВ.Ф.,1989; КарташовВ.Т.,1993). Для улучшения оказания амбулаторной стоматологической помощи населению России «по обращаемости» Минздравсоцразвития РФ 2011г. издан приказ № 1496н, согласно которому предусматривается 6,5 врачебных должностей на 10000 населения для обеспечения санации населения 2по обращаемости. Кроме того, в номенклатуру должностей по стоматологии приказом Министерства Здравоохранения РФ «О введении специальности «стоматология профилактическая от 6. 02. 2001г. №33 введена должность «гигиениста стоматологического». Однако реформирование в системе здравоохранения не коснулось медицинской службы ВС РФ, чего не должно быть, так как пенсионеры МО, члены их семей – часть населения России, имеющая право на оказание стоматологической помощи «по обращаемости согласно приказу № 1496, 2011г. Таким образом, всё вышеизложенное свидетельствует о том, что для улучшения оказания стоматологической помощи и снижения стоматологической заболеваемости военнослужащих и прикреплённых контингентов населения необходимо адаптирование основных положений приказа Минздрава и Социального развития РФ от 07.12. 2011г. №1496 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях для системы МО РФ.

Черныш В.Ф., Тегза Н.В.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОССИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Высокая распространённость кариеса зубов среди военнослужащих России, достигающая в возрасте 35 лет 100% и значительная нуждаемость в стоматологической помощи, свидетельствуют о необходимости принятия неотложных мер по профилактике данной патологи (Солдатов И.К. 2015). Следует отметить, что одной из главных причин

широкой распространённости кариеса зубов среди военнослужащих являются недостаточный уход за полостью рта и низкая мотивация к проведению гигиены полости рта.

В тоже время ещё в средние века люди обратили внимание на действенность профилактики кариеса зубов. До настоящего времени сохранили актуальность советы и рекомендации Авиценны по предупреждению стоматологических заболеваний: «наладить режим питания, полоскать зубы после еды, очищать зубы, осторожно пользоваться зубочисткой, чтобы не повредить дёсны, избегать жевать всё клейкое, сладкое, не раскусывать твёрдое, не есть холодного после горячего и наоборот (Белолапоткова А.В., 1980). Однако лишь с начала 60-70 годов 20 века началась разработка программ по профилактике кариеса зубов среди населения разных стран.C. Bellagarde (1975; 1976) подробно освещает основные составляющие этих программ: профилактика соединениями фтора, регулирование режима питания, обучение населения элементарным гигиеническим навыкам, ранняя диагностика кариеса. У. Хинтце в своей статье «Зубы разрушает кислота» говорит о трёх основных мероприятиях, обеспечивающих действующую профилактику кариеса зубов. Первое – регулярное и основательное устранение бактерий и остатков пищи. Второе – следует значительно сократить потребление сахара. Там где питьевая вода содержит мало фторидов необходимо принимать его соединения. В ЦНИИС разработана и прошла клиническую проверку система профилактики стоматологических заболеваний, предусматривающая широкий комплекс профилактических мероприятий по предупреждению кариеса зубов и болезней пародонта (Пахомов Г.Н., 1981). Работами советских стоматологов убедительно доказана возможность профилактики стоматологических заболеваний путём воздействия различными методами как на весь организм в целом, так и местно (Пахомов Г.Н,, 1974; 1982; Боровский Е.В. с соавт., 1987; Фёдоров Ю.А., 1984;). Метод флюоризации для профилактики кариеса зубов, предложенный И.Г.Лукомским в 1940 году нашёл широкое распространение в нашей стране и за рубежом.

Фторирование питьевой воды, признанное ВОЗ одним из эффективных методов профилактики кариеса зубов находит всё более широкое распространение во всём мире. Оно заключается во введении оптимальных профилактических дозировок в питьевую воду (до 1 мг/л). Помимо фторирования воды для предупреждения кариеса зубов широко используют фторированную поваренную соль, фторированное молоко, фторированные таблетки. Анализ литературы, посвящённой изучению специальных средств и методов первичной профилактики кариеса зубов позволяет сделать вывод о том, что в основном их применение эффективно в школьном возрасте в период «созревания» эмали, который происходит в течение 5-7 лет после прорезывания зубов (Фёдоров Ю.А., 1980). О.Л. ПИХУР (2015) установила, что у взрослых людей с возрастом дефицит кальция, фосфора и фтора приводит к снижению резистентности твёрдых тканей зубов, которая должна восстанавливаться путём стабилизации структуры питания, применением реминерализующей терапии.

Сбалансированное питание является важным составляющим элементом профилактики кариеса зубов.у личного состава войск. Важнейшим фактором профилактики кариеса зубов у военнослужащих является рациональная и систематическая гигиена полости рта. Современные стоматологи считают систематическую гигиену полости рта первичным фактором в профилактическом комплексе, без которого применение различных противокариозных средств недостаточно эффективно (Улитовский СБ., 2004). Предлагается улучшить санитарно-просветительную работу в войсках.

Чирский В.С., Бушуров С. Е.

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Центральная патологоанатомическая лаборатория (МО РФ)

Наиболее часто среди глиальных опухолей головного мозга встречаются астроцитомы, которые имеют довольно разнородную морфологическую картину и биологическое поведение, определяющее их агрессивный рост.

Классификация опухолей центральной нервной системы (Lyon, 2007 г.) выделяет 4 степени злокачественности (Grade) астроцитарных опухолей (I-II – низкая степень, III-IV – высокая). Степень злокачественности связана с конкретным гистологическим вариантом опухоли. К опухолям высокой степени злокачественности относятся анапластическая астроцитома и глиобластома. Гистологическое определение степени злокачественности основывается на выявлении при гистологическом исследовании в астроцитомах 4-х основных признаков анаплазии: ядерного атипизма, митозов (в т. ч. атипичных), пролиферации эндотелия кровеносных сосудов и некрозов. Исследуя гистологические препараты астроцитом, окрашенные гематоксилином и эозином, не всегда достоверно можно судить о гистологическом варианте и степени злокачественности астроцитомы.Это может быть связано с малым количеством биопсийного и операционного материала (особенности забора материала, некроз тканей), различными артефактами (вызванными термическими факторами при заборе материала, погрешностями в фиксации и др.), отсутствием в стеклопрепарате достаточного для постановки диагноза количества признаков анаплазии, а также, зачастую, с многокомпонентным характером глиальных опухолей головного мозга (в различных участках опухоли может быть различная гистологическая картина и пролиферативная активность опухолевых клеток).

С целью определения возможности иммуногистохимического метода в диагностике астроцитом головного мозга и определении их степени злокачественности, проанализирован материал от 30 больных с диагнозами «Анапластическая астроцитома» и «Глиобластома». Проводили сравнение с первоначальным заключением врача-патологоанатома и окончательным после проведения иммуногистохимического исследования с антителами к GFAP (глиальный фибриллярный кислый белок) и Ki 67 (маркер пролиферативной активности).

Экспрессия GFAP была положительна в 100 % случаев, что подтверждало диагноз астроцитарной опухоли. В 4 случаях (13,3 %) при отсутствии одного из признаков анаплазии при экспрессии маркера Ki 67 более 15 % во всех полях зрения степень злокачественности была увеличена сIIIдо IV, диагноз с «Анапластической астроцитомы» изменен на «Глиобластому». В 2-ух случаях (6,6 %) при первоначальном диагнозе «Глиобластома» индекс пролиферативной активности был ниже 8 %, что при наличии лишь 3-х достоверных гистологических признаков анаплазии позволило снизить степень злокачественности с IV до III и остановиться на диагнозе «Анапластическая астроцитома».

Таким образом, использование метода иммуногистохимии в нейроонкоморфологии позволяет достоверно и объективно подойти к подтверждению диагноза злокачественных астроцитоми уточнению степени их злокачественности, особенно в малом количествебиопсийного и операционного материала.

Чирский В.С., Бушуров С. Е.

ВОЗМОЖНОСТИ И ЗАДАЧИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКОТОРЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Центральная патологоанатомическая лаборатория (МО РФ)

С целью определения возможностей и задач иммуногистохимического исследования в диагностике опухолей головного мозга (больших полушарий и мозжечка) проведен анализ 50 случаев операционного и биопсийного материала с клиническим диагнозом направления на гистологическое исследование «Опухоль головного мозга». Во всех случаях выполнены гистологическое исследование стеклопрепаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, и иммуногистохимическое исследование тканевых образцов операционного и биопсийного материала.

В 40 случаях диагностированы те или иные варианты глиальных опухолей. В 1 случае иммуноморфологическая картина позволила исключить наличие в исследованном материале опухоли головного мозга и уточнить диагноз – подострый лейкоэнцефалит.В 3 случаях новообразований диагностированы метастазы: мелкоклеточного рака легкого – 1, рака почки – 1, меланомы – 1.В 2 случаях установлен диагноз лимфома головного мозга, в 2 – гемангиобластома, в 2 – медуллобластома.

Таким образом, распределение опухолей головного мозга по их условной групповой принадлежности выглядит следующим образом: глиальные опухоли – 80 %, другие первичные опухоли головного мозга – 12 %, метастазы злокачественных новообразований других первичных локализаций – 6 %, неопухолевая патология – 2 %. В структуре глиальных опухолей преобладали астроцитарные опухоли – 85 %, олигодендроглиомы – 5 %, олигоастроцитомы – 7,5 %, эпендимомы – 2,5 %.

Во всех случаях исследования первичных опухолей головного мозга выполнение иммуногистохимического исследованияпозволило установить степень злокачественности (Grade) первичных новообразований головного мозга.

Таким образом, применение иммуногистохимического метода исследования в морфологической диагностике опухолей головного мозга позволяет решить следующие задачи:

1) проведение дифференциальной диагностикимежду опухолевой и неопухолевой патологией;
2) уточнение гистогенеза глиальных опухолей (астроцитарные, олигодендроглиальные, олигоастроцитарные, эпендимарные);
3) уточнение гистогенеза других первичных (не глиальных) опухолей головного мозга;
4) определение гистогенеза вторичных опухолей (метастазов) и установление первичной локализации опухоли;
5) определение биологического потенциала опухоли (степени злокачественности).

Чирский В.С., Бушуров С. Е., Сибирев С. А.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ (МО РФ) В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Центральная патологоанатомическая лаборатория (МО РФ)

Руководством Центральной патологоанатомической лаборатории (МО РФ) (далее по тексту – ЦПАЛ) проанализированы возможные варианты перспективного развития

патологоанатомической службы Военно-медицинской академии с учетом опыта ведущих патоморфологических лабораторий России и Европы.Выработана стратегия развития морфологических методов исследований в академии, в основе которой лежит решение следующих задач:

1. Создание на базе строящегося корпуса многопрофильной клиники единого «Центра морфологических исследований», в котором будут сосредоточены основные силы и средства ЦПАЛ и кафедры патологической анатомии (современное оборудование и расходное имущество, однотипные потоки операционного и биопсийного материала, высококвалифицированный врачебный персонал и лаборанты).

2. Объединение всего оборудования ЦПАЛ лабораторной информационной системой, интегрированной в информационную сеть академии. Использование сервисов телепатологии обеспечивающих проведение консультаций «на расстоянии» врачей-специалистов лечебных учреждений МО РФ по вопросам патоморфологии.

3. Внедрение максимальной автоматизации и роботизации лабораторного оборудования - аппаратуры для автоматической проводки тканей (гистопроцессораконвейерного типа), аппаратуры для автоматической окраски и заключения гистологических срезов под покровное стекло, декальцинатора, криостата, иммуногистостейнеров, гибридайзера, микроскопов с расширенным спектром возможностей (в т. ч. флуоресцентных), холодильных камер для хранения тел умерших и др.

4.Коррекция организационно-штатной структуры ЦПАЛ - создание в составе отдела (патоморфологического) ЦПАЛ 2-х дополнительных отделений (цитологического, иммуногистохимических и молекулярно-генетических исследований).Обучение сотрудников ЦПАЛ по современным направлениям морфологических исследований (иммуногистохимические, иммуноцитохимические, молекулярно-генетические исследования) на базе ведущих патоморфологических лабораторий.

Реализация данных задач, заложенных при разработке многопрофильной клиники, обеспечит:

1) достоверность и высокое качество морфологической диагностики (обеспечение стандартов доказательной медицины на основе мировых стандартов патоморфологической диагностики);

2) высокую производительность труда (увеличение объема исследований в 2 раза, уменьшение сроков проведения исследований в 4 раза);

3) оптимизацию расходов;

4) возможность разработки новых методов морфологической диагностики;

5) создание комфортных и безопасных условий труда для персонала.

Чирский В.С., Григорьевский Д.И., Григорьевская Е.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Центральная патологоанатомическая лаборатория (МО РФ)

Исторически в Военно-медицинской академии в разное время функционировало до 9 отдельных гистологических лабораторий. Децентрализация позволяла решать, преимущественно, специфические научные и отдельные практические вопросы клиник, но при этом практически отсутствовала возможность внутреннего контроля качества исследований, резко возрастала себестоимость метода, не было преемственности между разными лабораториями. Кроме того, в этих условиях было нецелесообразно внедрять современные методы исследований по причине малого объема материала и отсутствия квалифицированных специалистов. Постепенно гистологические исследования в ВМедА

стали выполнятся в патологоанатомическом отделении патоморфологического отдела центральной патологоанатомической лаборатории на двух базах, в 49 и 56 военных городках, таким образом был найден компромисс между необходимостью концентрации сил и средств, и максимальным приближением лаборатории к клинике. Данный переход привел к увеличению гистологических исследований, количество которых на одного пациента выросло с 3,9 в 2009 году до 6,1 в 2014 году. В связи с этим,если в 2009 году было выполнено 39150 исследований для 10038 пациентов, то в 2014 году 70711 исследований для 11639 пациентов.

В условиях реконструкции зданий академии произошло объединение обеих лабораторий на базе патологоанатомического отделения 442 госпиталя. В результате сосредоточения сил и средств появились новые возможности для развития и внедрения новых методов, повысилась эффективность работы персонала и техники за счет более равномерного распределения нагрузки, снизился расход реагентов. Как врачи, так и средний медицинский персонал, стали выполнять более узкоспециализированные функции, что привело к улучшению качества исследований. Появилась возможность оперативно проводить консультации препаратов и принимать коллегиальные решения. Стало целесообразным выполнение иммуногистохимических исследований. Однако, удаленность лаборатории от основных хирургических клиник привела к увеличению сроков доставки материала, возникли проблемы с выполнением срочных интраоперационных исследований.

Полученный опыт позволяет сделать вывод о том, что концентрация сил и средств в условиях централизованной патоморфологической лаборатории академии единственно правильный путь. Он приводит к более эффективному решению имеющихся задач, появлению потребности и целесообразности развития новых методов исследования, выполнению патоморфологических исследований по современным стандартам и в полном объеме, сокращению время их выполнения, расширению диагностических возможностей, делает экономически эффективным внедрение иммуногистохимических и молекулярно-генетических исследований. Проблемные же моменты, связанные с удалением патоморфологических лабораторий от части клиник академии, не настолько значимы и могут решаться организационно.

Чирский В.С., Кучеренко А.Д., Марьева О.Г., Шеладев И.П.

НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Рак молочной железы (РМЖ) – наиболее распространенная злокачественная опухоль у женщин. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 1 миллиона случаев РМЖ (20% от общего количества вновь выявленных случаев рака), а погибает от него около 500 тысяч женщин. В течение последних лет злокачественные новообразования являются наиболее частой причиной смерти военнослужащих, составив в 2014 г. 53,4% всех летальных исходов военнослужащих (в 2013 г. – 47,7%, в 2012 г. – 44,3%, в 2011 г. - 31%), причем смертность военнослужащих от онкологических заболеваний с каждым годом нарастает. Среди причин смерти лиц льготного контингента злокачественные новообразования занимают второе место, уступая заболеваниям системы кровообращения.

По данным отчетов о патологоанатомической работе МО РФ, за период с 2003 по 2013 гг. от рака молочной железы скончались 46 пациенток в возрасте от 39 до 51 года, из них 24 военнослужащих и 22 пациентки льготного контингента. Все пациентки обнаружили образование в молочной железе самостоятельно. Средний возраст больных, скончавшихся от РМЖ, составил 41 год. В 1 случае на момент обращения за медицинской помощью была выявлена опухоль I стадии, во всех остальных имела место II – III стадия опухоли.

Продолжительность жизни больных от выявления заболевания до смерти составила от 2 до 7 лет. В 1 случае оперативное лечение не проводилось из-за поздней диагностики опухоли, во всех остальных случаях выполнялась радикальная мастэктомия. Все пациентки получали комплексное лечение (химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия на фоне овариэктомии). От выявления заболевания до выявления отдаленных метастазов прошло от 6 месяцев до 3 лет. В 1 случае причиной смерти явился инфаркт миокарда на фоне доксорубициновой кардиомиопатии, во всех остальных – полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования заболевания.

При анализе причин высокой смертности военнослужащих от онкологических заболеваний, в том числе и страдающих раком молочной железы, обращает на себя внимание существенное количество дефектов оказания медицинской помощи, влияющих на исход заболевания. Для рака молочной железы таковыми являются дефекты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, а именно дефекты диспансеризации, приводящие к позднему обращению больных за медицинской помощью, что в свою очередь влечет за собой позднюю госпитализацию и диагностику заболевания. В последние годы отмечается увеличение количества субъективных причин.В частности, наблюдается увеличение доли дефектов, допущенных по причине недостаточной квалификации врачей, неполноценного обследования больных, недостатков в организации лечебно-профилактической работы и активного выявления больных среди военнослужащих.

Значительная часть распространённых форм РМЖ у больных с впервые выявленными опухолями свидетельствует не только о низкой санитарной культуре военнослужащих, но в первую очередь о формальном характере проводимой диспансеризации и недостаточной онкологической настороженности врачей. Совершенствование системы оказания помощи военнослужащим с РМЖ целесообразно осуществлять по пути улучшения ранней диагностики заболевания. Решение этой задачи возможно при оснащении лечебных организаций МО РФ необходимым оборудованием (маммографы, ультразвуковые диагностические системы, оборудование и реактивы для проведения современных морфологических исследований), а также повышении уровня специальной подготовки врачей догоспитального этапа.

ЧирскийВ.С., ЮзвинкевичА.К., АндрееваЕ.А.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПАТОМОРФОЗ СОВРЕМЕННОГО СЕПСИСА

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Проблемысепсиса многообразны. Они касаются клинической и патоморфологической диагностики, использования информативных маркеров (прокальцитонин, пресепсин), проведения адекватной антибактериальной и интенсивной терапии, общепризнанного определения сепсиса, а по сути – понимания его особенностей. Большинство зарубежных и отечественных клиницистов его отождествляют с синдромом системной воспалительной реакции (SIRS), который «может быть фазой любого из 642 инфекционных заболеваний» (Гельфанд Б.Р., 2010).Этим можно объяснить «эпидемию» сепсиса в США – более 750000 больных в год. С патоморфологической точки зрения сепсис – это острая гнойная инфекция с гематогенной генерализацией и развитием в органах и тканях метастатических гнойных макроскопических *очагов* при септикопиемии, или только микроскопических *очажков* при септицемии (Чистович А.Н., 1958). В случаях отсутствия этих признаков некоторые патологоанатомы положительные результаты прижизненного и посмертного выделения возбудителей из крови считают достаточными для подтверждения клинического диагноза сепсиса. Для клиницистов это важный факт, подтверждающий в значительной степени предположение о сепсисе, хотя он может свидетельствовать просто о бактериемии при локальных гнойных процессах – перитоните, пневмонии и др. Окончательный, т.е.

морфологически обоснованный диагноз сепсиса должен принадлежать патологоанатому. Никаких трудностей у него не будет, если на аутопсии обнаружатся метастатические очаги гнойного воспаления во внутренних органах. Проблемы будут при отсутствии и макро-, и микроскопических метастатических очажков. Истина требует исследования дополнительных срезов, в которых могут оказаться признаки септических поражений.

Нами изучено 30 протоколов патологоанатомических вскрытий за период с 2007 г. по 2015 г., в которых диагноз «сепсис» фигурировал только в клиническом диагнозе.Подверглись пересмотру архивные микропрепараты к ним. Необычнаягистологическая картина септицемии былавыявлена в 5 наблюдениях. В микропрепаратах 3-х из них обнаружены в стенках капилляров единичные малоклеточные инфильтраты, которые состояли из лейкоцитов, макрофагов, лимфоцитов и не имели микроколоний бактерий. Такая морфологическая картина в очажках, которые напоминали метастатические, имела признаки угасающего воспаления на фоне антибактериального лечения локальных инфекционныхпроцессов, или вследствие использования иных антибиотиков, назначенных после постановки диагноза «сепсис». Бактерии в метастатических очажках, будучи чувствительными к применяемым антибиотикам, могли погибать в самом начале проведения адекватного лечения.

В 2-х наблюдениях гнойнички или воспалительные инфильтраты в паренхиматозных органах не обнаружены. Однако заслуживали внимания некрозы некоторых капилляров клубочков почек. Они, вероятно, явились результатом воздействия экзотоксинов микробных эмболов, оказавшихся в клубочках. В остальных 25 наблюдениях ни метастатических очажков, ни инфильтратов, ни мелкоочаговых некрозов в головном мозге, сердце, почках выявлено не было.Возможно, в тех случаях имела место только бактериемия, позволившая клиницистам предполагать сепсис. Но, по-видимому, число наблюдений с необычными метастатическими очажками, подтверждающими септицемию, могло бы возрасти при наличии серийных микропрепаратов. Исследования в этом направлении будут продолжены.

Чурашов С.В., Савченко И.Ф., Кабанов А.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУ ВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА ДО И ПОСЛЕ РЕФОРМ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2009 Г.

г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Актуальность. В ходе реформирования Вооруженных Сил Российской федерации (ВС РФ) в 2009г., вследствие объединения Дальневосточного военного округа (ДВО), Сибирского военного округа и Тихоокеанского флота сформировалось новое объединённое стратегическое командование Восточного военного округа (ВВО). Результатом изменений состава и численности ВС РФ стало сокращение офтальмологических отделений гарнизонных и базовых госпиталей, изменилось количество врачей-офтальмологов. В связи этой реорганизацией структуры офтальмологической службы военного округа возникла необходимость сравнить ее основные показатели работы до и после проведения реформы 2009г.

Цель работы: провести анализ основных показателей оказания офтальмологической помощи прикрепленному контингенту в Восточном военном округе до и после проведения реорганизационных мероприятий в ВС РФ в 2009 г.

Материалы и методы. Изучались основные данные годовых отчетов по форме 4 мед. главного специалиста ДВО, офтальмологических отделений ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, ФГКУ «321 ВКГ» МО РФ, 1477 ВМКГ ТОФ, а также их филиалов и структурных подразделений; динамика прикрепленного контингента восточного округа. Выполнена

сравнительная оценка первичной заболеваемости, хирургической деятельности, кадровых перемен в военном округе в период с 2005 по 2010г. (I группа) и с 2011 по 2014г. (II группа).
Результаты. По нашим данным в результате реформирования прослеживается тенденция к увеличению по основным показателям интенсивности работы офтальмологической службы: возросла хирургическая активность (2005 - 64 и 2014 - 72%), увеличилась доля сложных оперативных вмешательств (2005 - 67 и 2014 - 82%), возросло количество операций на хирурга (2005 - 78 и 2014 - 102).
В связи с увеличением территории округа увеличилось количество пролеченных больных по годам (табл.):

Годы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Количество пролеченных больных (абс.)	681	692	634	643	502	527	1123	1087	1142	1118

Существенно изменился кадровый состав военнослужащих врачей офтальмологов в сторону уменьшения, связанный с сокращением офтальмологических отделений и должностей (2005 - 14, 2014 - 10).
Выводы. В результате реорганизационных мероприятий, в ВВО возросла нагрузка на врачей-офтальмологов (увеличении количества пролеченных больных, хирургической активности). После существенного увеличения территории военного округа увеличилась заболеваемость, обращаемость больных офтальмологического профиля.

Шанина Т.Б., Шмидт А.А., Григорьевский Д.И., Никитин Ю.В., Сухина И.А., Мешкова И.Е.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Патология эндометрия лежит в основе многих гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста, сопровождающихся бесплодием. Наличие хронического воспалительного процесса в эндометрии определяет необходимость в дифференцированной терапии в зависимости от выявленных нарушений местного и общего иммунитета. Таким образом, исследование изменений клеточного состава эндометрия и параметров системного иммунитета позволит разработать диагностические критерии при патологических состояниях эндометрия и определить подходы к решению проблемы диагностики и лечения репродуктивных расстройств. Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики аутоиммунного эндометрита у пациенток с бесплодием путем включения рутинного исследования параметров общего иммунитета и иммуногистохимического исследования эндометрия.

Состояние эндометрия было изучено в клинике акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии у 52 женщин с нарушением репродуктивной функции. Первичное бесплодие наблюдалось у 30% пациенток, вторичное бесплодие у 70%. Фактором бесплодия у 95% пациенток являлся трубно-перитонеальный, у 5% выставлен диагноз бесплодия неясного генеза. Всем пациенткам на 7-10 день менструального цикла была выполнена биопсия эндометрия с последующим гистологическим и ммуногистохимическим исследованием. Была произведена оценка микроценоза полости матки серологическим методом. Местный иммунитет эндометрия оценивали подсчетом иммунокомпетентных клеток по методике Е.А. Михниной (2010 г.) для определения характера воспаления. Были оценены параметры системного иммунитета (содержание Т и В-лимфоцитов,

провоспалительных цитокинов, иммуноглобулинов А, М, G и циркулирующих иммунных комплексов).

Полученные результаты исследования местного иммунитета эндометрия у 51 женщины позволили выделить 3 группы обследованных. I группу составили 20 (39.2%) женщин, с аутоиммунным хроническим эндометритом. Во II группу вошли 20 (39.2%) пациенток, с хроническим эндометритом без обострения. В III группу вошли 11 (21.6%) пациенток с отсутствием хронического эндометрита по данным иммуногистохимического исследования. По данным гистологического исследования из морфологических признаков хронического эндометрита в I группе в основном преобладала лимфо-леикоцетарная инфильтрация стромы, во II группе преобладал отек и фиброз стромы, в III группе единично выявлен отек стромы эндометрия.При исследовании системного иммунитета у пациенток, входящих в I группу, было выявлено повышение иммунорегуляторного индекса, снижение цитотоксических лимфоцитов, активация В-лимфоцитов, увеличенное содержание в сыворотке ЦИК, высокий уровень провоспалительных цитокинов и секреторного иммуноглобулина А. У пациенток Iгруппы с диагностированном иммуногистохимическим методом аутоиммунным эндометритом выявленные нарушения системного иммунитета можно расценить как аутоиммунное воспаление, что подтверждает показатели местного иммунитета. Выявленные изменения общего иммунитета у пациенток II группы указывают о наличие хронического воспалительного процесса. При исследовании системного иммунитета у пациенток III не было выявлено изменений указывающих на активный воспалительный процесс.

Таким образом, комплексное исследование параметров местного и системного иммунитета у пациенток с первичным и вторичным бесплодием позволят выявить группу пациенток с хроническим эндометритом и аутоиммунным характером воспаления, для назначения адекватной местной и системной иммунокоррегирующей терапии.

Шведюк В.В., Чередников И.Б., Алборов А.Э.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ ОТКРЫТОЙ ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА.

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия. Кафедра госпитальной хирургии.

Актуальность: Ежегодно в мире проводится более 20 миллионов герниотомий, из них 60% - операции при паховых грыжах. Соматические противопоказания к наркозу, перитонит и спаечная болезнь в анамнезе, отсутствие технических средств для лапароскопии и желание больного определяют выбор открытых методов аутопластики грыж под местной анестезией.
Цель исследования улучить результаты открытых способов герниопластики паховой грыжи путем сравнения результатов применения трех видов операций.

Материалы и методы исследования: Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты 242 паховых герниопластик, выполненных в период с января 2011г. по декабрь 2013г. в 3 группах больных. В 1-й группе (n=47, 19,5% от общего числа операций) которым выполнена герниопластика по Лихтенштейну; в 2-ой группе (n =73, 30,1%) выполнялась передняя аутопластика в комбинации с усилением пахового канала полипропиленовой сеткой. В 3-ей группе – (n =122, 50,4%) больным применялись натяжные способы паховой герниопластики: по Бассини – (n = 19, 7,8%), по Кукуджанову – (n = 82, 33,7%), по Постемпскому (n = 16, 6,6%), или по Шолдайсу (n = 5, 2,3%).

По экстренным показаниям, при ущемленной паховой грыже, оперированы 20 (8,2% от общего числа) больных. При этом, пластика по Лихтенштейну выполнена у 19,5% больных, комбинация аутопластики с установкой сетчатого экспланта у 30,1% больных, герниопластика по Кукуджанову выполнена в 30,7% случаев. По поводу рецидивной грыжи оперировано всего 26 (10,7%) пациентов.

Средний возраст больных 1-й группы составил 54,36±8,2 года и в группах значимо не отличался. У 147 (60,7%) из всех пациентов грыжи были косыми, у 89 (36,8%) – прямыми, у 6 (2,5%) – комбинированными. В 2 (0,85%) случаях паховые грыжи являлись скользящими. Паховые грыжи имели правостороннюю (n = 154; 63%), левостороннюю (n = 82, 34%) и двустороннюю (n = 7, 3%) локализацию и в группах распределялись с одинаковой частотой. Продолжительность операции в 1-й группе колебалась от 55 до 90 мин, составив в среднем 64,2±8,3 мин, во 2-й группе - от 60 до 120 мин, в среднем 85,4±4,7 мин., в 3-й группе операции длились от 60 до 110 мин, в среднем 76,3±7,7 мин.

Результаты исследования: В ближайшие сроки в 1-й группе зафиксировано 7 осложнений (14,9%): формирование сером - 3(6,4%), гематом - 1(12,8%), инфильтрата - 1(12,8%), болевой синдром 1(12,8%). Нагноений не было. Во 2-й группе отмечено 9 (12,2%) осложнений: гематома 2(2,7%), инфильтрат - 4 (5,4%) орхоэпидидимит - 1(1,4%), болевой синдром 2(2,7%). В 3-й группе отмечены 24 (19,6%) осложнения: гематома 2 (1,6%), инфильтрат - 14 (11,6%), орхоэпидидимит- 4 (3,2%), болевой синдром - 4 (3,2%) случаев. В отдаленном периоде (в сроки от 6 месяцев до 3-х лет) в 1 и 2 группах рецидивов не было. Стойкий болевой синдром сформировался у 1 больного 1-й группы, у 2 (2,7%) больных, второй группы и в 4 (3,2%) случаях третьей группы. Все случаи развития невритов были отмечены у пациентов с рецидивными паховыми грыжами. В третьей группе возникло 2 рецидива, которые были оперированы повторно с применением комбинированной герниопластики. Оценка качества жизни проводилась с применением опросника MOS SF–36 у 68 пациентов, перенесших герниопластику (30 из первой и 38 из второй групп). Показатели физического и психологического компонентов здоровья пациентов в 1 и 2 группах значимо не различались.

Выводы: Комбинированный способ передней аутопластики пахового канала с дополнительным применением полипропиленовой сетки позволяет достигнуть лучших результатов, чем натяжная герниопластика и пластика по Лихтенштейну.

Шведюк В.В., Чередников И.Б., Алборов А.Э.

КОМБИНИРОВАННАЯ ОТКРЫТАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ.

Санкт-Петербург. Военно-медицинская академия. Кафедра госпитальной хирургии.

Актуальность. Паховая герниопластика посредством собственных тканей, часто приводит к рецидивам. Наиболее надежный метод аутопластики Шолдайса технически сложен. Метод Лихтенштейна часто приводит к формированию сером, вероятно за счет сохранения остаточной полости и реакции тканей на полипропиленовую сетку, частота рецидивов при нем составляет в среднем 4,33%.

Цель исследования: улучить результаты открытых способов герниоластики паховой грыжи сетчатыми эксплантами.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 73 больных оперированных по модифицированному методу Бассини-Кукуджанова в комбинации с применением сетчатого экспланта. Операции выполнены в период с 2011 по 2013 г. Мужчины составили 98%, лица старше 60 лет - 51,5%, рецидивные грыжи были у 11 (14,7%) больных. Способ операции заключался в следующем. После выделения, иссечения, прошивания, перемещения грыжевого мешка выполняли первый этап пластики, мало отличающийся от способа Кукуджанова. Первый шов начинали у лонного бугорка, захватывали волокна прямой мышцы живота (или ее влагалища) и соединяли их с надкостницей лобковой кости (Куперовой связкой). Внутреннюю и поперечную мышцы прошивали одной лигатурой вместе с поперечной фасцией и фиксировали к глубоким волокнам паховой связки (подвздошно-лонному тракту) позади семенного канатика, восстанавливая клапанный механизм пахового треугольника, стараясь не создавать

натяжения тканей, взяв для этого небольшую мышечную порцию. Обычно накладывали от 3 до 5 таких швов, так чтобы вновь сформированное внутреннее отверстие свободно пропускало кончик указательного пальца. Первый этап позволял устранить свободное пространство под сетчатым эксплантом, упрощал его наложение. Затем выкраивали полипропиленовую сетку в форме вытянутого четырехугольника. Длины сторон в среднем составляли 75 и 35 мм в соответствии с размерами пахового промежутка. Нижне-медиальный угол сетки, соответствующий месту прикрепления прямой мышцы к лобку закругляли, адаптируя ее по форме пахового промежутка. Эксплант фиксировали полипропиленовой нитью к передней поверхности внутренней косой мышцы, к паховой связке, к бугорку лонной кости и Куперовой связке поверх первого ряда швов. Вначале сетку подшивали узловыми швами к лонному бугорку, так чтобы свободный край сетки выступал ниже лобка на 1 см. Семенной канатик проводили через продольный разрез в сетке, который затем ушивали узловыми швами латеральнее и проксимальнее семенного канатика, тем самым укрепляли глубокое паховое кольцо и натягивали эксплант. Далее сетку фиксировали в слегка натянутом состоянии к паховой связке и внутренней косой мышце непрерывным или узловыми швами. Принципиальным считали наложение трех швов вокруг внутреннего пахового кольца и надежную фиксацию сетки к лонному бугорку. Апоневроз ушивали над семенным канатиком.

Результаты исследования. Сочетание пластики задней стенки пахового канала местными тканями и пропиленовой сеткой обеспечивает механическую прочность, устойчивость к воздействию внутрибрюшного давления, позволяет избежать прорезывания первого ряда швов, использовать экспланты малых размеров. Минимальный размер аллопластического материала упрощает и сокращает время операции (средняя длительность 85,4±4,7 мин). Средний койко-день составил 3,5 суток. Швы снимали на 7 сутки.Нагноений не было. В сроки от 6 месяцев до 3-х лет умеренный стойкий болевой синдром отмечен у двух больных, рецидивов и послеоперационных сером не было.

Выводы: Примененный метод лечения паховых грыж не требует общей анестезии, прост, надежен, не приводит к образованию послеоперационных сером.

Швырев Д.Н., Плахов В.Н., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В., Белоусова И.Э.

ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ В ЛЕЧЕНИИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра кожных и венерических болезней

Кольцевидная гранулема - доброкачественный воспалительный дерматоз неизвестной этиологии, который характеризуется наличием папул телесного или фиолетового цвета, часто расположенных в виде колец. В настоящее время нет эффективных методов лечения кольцевидной гранулемы. Локальное применение топических глюкокортикостероидов и внутрикожное введение дает кратковременный и недостаточный эффект. Метод не может применяться при обширных и распространенных высыпаниях. Фракционный фототермолиз - физический метод неабляционного воздействия на ткани эрбиевым лазером путем их локального нагрева световой энергией на отдельных участках кожи.

Цель работы - исследовать эффективность метода фракционного фототермолиза в терапии больных кольцевидной гранулемой.

Материалы и методы - обследована группа больных (8 женщин (66,7%) и 4 мужчин (33,3%) в возрасте от 19 до 60 лет (медиана 38,33 лет). Длительность заболевания составила от 5 до 16 лет (медиана 10,5 лет). У всех пациентов было получено информированное согласие на проведение обследования и лечения. Фракционный фототермолиз проводили эрбиевым лазером (манипула FS01, длина волны 2940 нм, мощность - 2,59 дж/см^2(тахфлюенс), режим SP, TURBO 5-10,YAGFotona, частота 2 Гц, диаметр луча 7 мм) 2

раза в неделю, курс лечения включал 6-8 процедур в зависимости от клинического результата.

Для объективной оценки степени тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у всех пациентов использовали индекс GASI, с помощью которого оценивались: площадь высыпаний, цвет, инфильтрация элементов. Исходное значение медианы индекса GASIсоставило 30,7 балов. После проведенного лечения значение индекса GAS1 снизилось: у 7 (58,3%) пациентов - на 50 %, у 4 (33,3%) больных - на 75%, у 1 (8,3%) пациента - на 100%. Медиана индекса GASIснизилась, в целом, на 19,5 (63.4%) балов ($p < 0,01$).

Выводы: проведенное исследование показало высокую эффективность фракционного фототермолиза в лечении больных кольцевидной гранулемой. Данный метод может быть рекомендован для лечения распространенных форм кольцевидной гранулемы.

Шершнёв[1] С.В., Железняк[2] И.С., Ипатов[2] В.В., Заколоднев[1] И.Н., Рамешвили[2] Т.Е.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫБОРЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

[1]*Сочи, ФГБУ «Объединенный санаторий «Сочи», отделение лучевой и ультразвуковой диагностики*

[2]*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики*

Реабилитация больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника является важной социальной проблемой. Особое место в поэтапной реабилитации таких пациентов занимает санаторно-курортное лечение, однако при направлении на него данных обследования пациентов зачастую недостаточно для выбора наиболее рациональных лечебных программ. Сопоставление лучевой картины дегенеративно-дистрофических изменений и клинико-неврологических симптомов позволяет повысить эффективность программ санаторно-курортного лечения.

Цель.Определение значения лучевых методов диагностики в выборе индивидуальных программ санаторно-курортного лечения у больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Материалы и методы. Исследования выполнялись на базе ФГБУ «Объединённый санаторий «Сочи». Проанализированы результаты 952КТ-исследований позвоночника, из них 307 – шейного отдела, 107 – грудного, 538 – пояснично-крестцового; данные 372 спондилографий, из них 126 – шейного отдела, 117 – грудного, 129 – поясничного; данные 1101 обследований на рентгеновском костном денситометре. При КТ оценивались размеры и локализация грыж, наличие и характер костных разрастаний, степень выраженности остеохондроза и спондилоартроза, наличие стеноза позвоночного канала, сужение корешковых отверстий, изменение костной плотности и трабекулярной структуры тел позвонков. Рентгенографические исследования проводились для оценки нестабильности. При рентгеновской денситометрии оценивалась наличие и степень выраженности остеопороза. Полученные данные сопоставлены с клинической неврологической симптоматикой и характером проявления болевого синдрома.

Результаты. Установлено соответствие клинических проявлений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и характера морфологических изменений по данным комплексного лучевого обследования, а также с учетом выраженности остеопороза. Были выделены следующие группы пациентов: 1) остеохондроз позвоночника I и IIстадии (А.И. Осн, 1971) с дегенерацией межпозвонкового диска без его выпячивания или его

протрузией до 5 мм, без изменений со стороны межпозвоночных суставов, плотности и структуры кости позвонка без неврологических изменений; 2) остеохондроз позвоночника II и IIIстадии с дегенерацией межпозвонкового диска и его грыжей более 5 мм, с умеренными явлениями спондилоартроза, без нарушения плотности и структуры кости, наличием болевого синдрома, и ограничением движений; 3 группа – остеохондроз позвоночника III-IV, IVстадии с выраженной дегенерацией диска и его грыжей, с выраженными явлениями спондилоартроза и гипертрофией желтых связок (стеноз позвоночного канала, сужение корешковых отверстий), нарушением плотности и структуры кости (остеопенический синдром или остеопороз), спондилолизом, спондилолистезом, вторичными неврологическими нарушениями.

Выводы. Применение лучевых методов диагностики позволяет уточнить морфологические особенности дегенеративно-дистрофического процесса и способствует назначению наиболее эффективных программ санаторно-курортного лечения в зависимости от индивидуальных особенностей течения заболевания.

Шиманьски Д.А., Соловьев М.В., Глуховской Д.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной терапии

Проблема поиска эффективных средств и совершенствования методов терапии болевого синдрома при онкологических заболеваниях в настоящее время является чрезвычайно актуальной. По данным Международного агентства по изучению рака (проект Globocan), в 2012 году в мире было выявлено более 14 млн. новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО), а годовая смертность от рака превышала 8,2 млн.случаев. В Российской Федерации, по данным Росстата,в настоящее время существует свыше 3 млн. 290 тыс.человек со ЗНО, при этом в среднем ежегодно регистрируются 560 тысяч новых случаев, а ежегодная смертность составляет 286 тыс. человек. Клинически значимый болевой синдром на начальной стадии ЗНО наблюдается в 35-50 % случаев, при прогрессировании заболевания – до 75 %, в терминальной стадии - у 95-100 % пациентов.

Патофизиологическая классификация (КукушкинМ.Л., ТабееваГ.Р., Подчуфарова Е.В. 2011 г.) определяет 3 типа хронической боли: соматическую (имеет четкие границы, чаще по типу ноющей, режущей, пульсирующей, наблюдается при поражении кожи, мышц, суставов, костей, серозных оболочек), висцеральную (не имеет четких границ, чаще по типу ноющей и давящей, наблюдается при поражении внутренних органов) и нейропатическую (внезапная стреляющая, жгучая, сопровождающаяся онемением или ощущением жара в зоне иннервации пораженного нерва или корешка, с возможным развитием аллодинии, дизэстезии, зуда) боль.

Единой методической основой для проведения противоболевой терапии является так называемая «Трехступенчатая лестница обезболивания ВОЗ» (методические рекомендации по фармакотерапии хронического болевого синдрома у взрослых пациентов онкологического профиля, МНИОИ имени П.А. Герцена, 2015 г.), в соответствие с которой лечение онкологических больных с умеренной или сильной болью осуществляется в зависимости от интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале, эффективности анальгетиков различных классов, степени нарушения ночного сна и наличии прорывных болей, с использованием, соответственно, ненаркотических анальгетиков (первая ступень), слабых опиоидов (вторая ступень) и сильных опиоидов (третья ступень) в сочетании с адъювантными средствами. На первой ступени представлены как традиционные препараты (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, ибупрофен, напроксен, индометацин, кеторолак),

так и современные средства, умеренно (нимесулидмелоксикам) и высокоселективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа (целекоксиб, парекоксиб и эторикоксиб). Коксибы в настоящее время принято считать наиболее эффективными и безопасными средствами первой ступени, при этом ранее принятую градацию НПВС по интенсивности анальгезирующего действия разработчики современных рекомендаций не поддерживают. При недостаточной эффективности ненаркотических анальгетиков переходят к применению слабых опиоидных средств – трамадола либо кодеина, характеризующихся при длительном применении малой вероятностью развития значимых негативных эффектов, в том числе тахифилаксии и пристрастия. Дальнейшее прогрессирование болевого синдрома определяет необходимость использования сильных опиоидных анальгетиков (морфина, тримеперидина, фентанила, бупренорфина, просидола, омнопона). Адъювантная терапия (антидепрессанты глюкокортикоиды, нейролептики) применяются на любой ступени лечения по показаниям. По данным 10-летнего перспективного исследования (ZechD.F., GrondS.,LynchJ. 1995г.), около 50 % больных с ЗНО нуждаются в мероприятиях 3-ей ступени, 35 % - 2-ой и только 15 % - 1-ой ступени обезболивания. Эффективность (достаточный уровень обезболивания) при соблюдении рекомендаций ВОЗ составляет 70-90 %.

Шмидт А.А., Новиков Е.И., Сердюков С.В., Фомина М.С.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ I ТРИМЕСТРА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.

Было обследовано 195 больных с НБ (неразвивающейся беременностью)I триместра инфекционно-воспалительного генеза, 1 группа - 95 женщин с ВБИ (восходящим бактериальным инфицированием), 2 группа – 90 женщин с ГВИ (гематогенным вирусным инфицированием), и 10 женщин с ВБИ и ГВИ.

При поступлении в стационар у пациенток с НБ 1 триместра проводилось комплексное клинико–лабораторное обследование. При необходимости была проведена антибактериальная терапия, а затем «опорожнение матки» - выскабливание полости матки под внутривенной анестезией. Измененные плодные яйца были отправлены для расширенного патоморфологического исследования, которое подтверждало этиологию неразвивающейся беременности - ВБИ или ГВИ.

Выявлены отличия между клиническими проявлениями НБ I триместра в исследуемых группах.При поступлении в стационар, как правило, у женщин в группе с ВБИ в 74,7 % основными жалобами были тянущие боли внизу живота, в более половины случаев- 51, 6 % отмечен субфебрилитет, в то время как в группе с ГВИ отмечались жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей 31,1% наблюдений и регресс вероятных признаков беременности в 53,3 % наблюдений.

Диагноз неразвивающейся беременности I триместра у женщин в группе с ВБИ установлен в 9,8± 2,6 недель, а у группы с ГВИ – 7,2± 1,2 недели ($p < 0,05$.)

Предоперационный период в группе с ВБИ составлял 3,4 ± 0,6 дня, а в группе с ГВИ – 1,2 ± 0,4 дня ($p>0,05$). В группе с ВБИ у большинства пациенток (в 88 %) перед выскабливанием проводилась антибактериальная терапия двумя препаратами (гентамицин 240 мг/сут и цефазолин или цефтриаксон 2 г/сут), в течение двух-трех дней. При отсутствии гипертермии и нормализации показателей белой крови проводилось оперативное лечение. В последующем повторная ревизия полости матки произведена у 7 женщин из группы с ВБИ и у 1 –из группы с ГВИ.

Общий койко-день в группе ВБИ был больше и составил 8,4 ±1,2 дня, а в группе женщин, в которой неразвивающаяся беременность была связана с ГВИ 3, 8± 0,8 дня ($p> 0,05$).

Послеабортный период составил: в группе с ВБИ - 5,8± 1,2 дня, а в группе с ГВИ – 2,4± 0,4 дня. Диагноз эндометрит выставлен почти у каждой третьей женщины 31 (32,6%)в группе с ВБИ, а в группе с ГВИ у 8 (8,9%) женщин.

Нами были изучены клинические анализы у больных с НБ I триместра в стационаре. Выявлена разница в показателях белой крови: среднее число лейкоцитов при поступлении у пациенток в группе с ВБИ составило $14,5\pm0,9\times10^9$/л , тогда как в группе с ГВИ составляло 9,1±0,45×109/л ($p<0,05$). Также в нашем исследовании у больных отмечается умеренное повышение С-реактивного белка во всех группах - в группе с ГВИ - 20,29±0,82 мг/л и ВБИ – 24,29±0,78 мг/л ($p<0,05$).

По показателям протромбинового индекса, количества тромбоцитов, содержания фибриногена - статистически значимой разницы между группами не выявлено.

Нами сделан вывод, что у больных с НБ I триместра инфекционно-воспалительного генеза с ВБИ имеется более выраженная «воспалительная реакция», которая проявляется субфебрилитетом и лейкоцитозом крови. Пациенткам данной группы показана антибактериальная терапия в течение 2-3 дней перед операцией - выскабливанием полости матки.

Щерба М.П., Мирошниченко Ю.В., Матющенко И.О

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Сахарный диабет (СД) относится к группе социально-значимых заболеваний, определяющих принадлежность пациента к льготным категориям граждан. В связи с этим, изучение характеристики прикрепленных к военно-медицинским организациям (ВМО) контингентов представляет интерес при рассмотрении вопроса их лекарственного обеспечения (ЛО) в рамках военного и гражданского здравоохранения.

Исследование проводилось на примере прикрепленных к консультативно-диагностическому центру (КДЦ) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМедА) пациентов с СД. Было выявлено, что среди всех обращений по IV классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» 27 % были по группе 2 «СД». Обращаемость за медицинской помощью по данной группе заболеваний выросла за год более чем на 10%. Около 97% случаев составлял СД 2 типа.

В ходе анализа половозрастной структуры пациентов с СД нами было выделено 6 возрастных групп (далее групп): I (25-34 лет), II (35-44 года), III (45-54 лет), IV (55-64 года), V (65-74 лет), VI (> 75 лет). В среднем по группам на 100 мужчин приходится 30 женщин.

Изучение демографической характеристики прикрепленных контингентов показало, что среди мужчин и женщин заболеваемость СД имела несколько модальных классов. Так, для мужчин наиболее высокие показатели (число обращений по СД / число обращений по всем нозологиям) были отмечены в группах IV (9,8/1000), V (6,6/1000). Для женщин – в группах V (2,2/1000), VI (2,5/1000). В общем заболеваемость СД была наибольшей в группах IV, V, VI и составила в среднем 7,6/1000. Пик заболеваемости СД приходится на возрастной интервал 55-74 года у мужчин, 65 лет и старше − у женщин.

Изучение медико-социальной характеристики показало, около 83% прикрепленных к КДЦ пациентов с СД (77% − военные пенсионеры, 6% − военнослужащие МО РФ) имеют законодательное право на бесплатное ЛО по линии МО РФ в соответствии с Федеральным законом (ФЗ) РФ № 76-ФЗ от 27.05.1998 г. Из них около 18 % − дополнительно обладают правом на участие в программе обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ЛС) в соответствии с ФЗ РФ от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ. Инвалиды 1 и 2 групп составляют 71% от всех рассматриваемых федеральных льготополучателей, ветераны боевых действий –

15%, ветераны Великой Отечественной Войны – 14%.Следует также отметить, что пациенты с СД, вне зависимости от наличия у них права на получение набора социальных услуг за счет федерального бюджета, имеют право на обеспечение ЛС за счет бюджетов субъектов РФ в соответствии с постановлением правительства РФ от 30.07.1994 г. № 890. 17% рассматриваемых контингентов представлено гражданами, для которых не предусмотрено бесплатное ЛО в рамках военного здравоохранения.

Таким образом, теоретически 15% прикрепленного к КДЦ ВМедА контингента с СД имеют возможность ЛО по трем видам льгот (федеральная, региональная и ведомственная), 68% − по двум видам льгот (региональная и ведомственная); 17% − только по региональной льготе в рамках гражданского здравоохранения.

Юркин *А.К.* [1], Левина Е.М. [1], Демьяненко Н.Ю. [1], Рудь *А.А.* [2],

Поплавский *А.В.*

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. Кирова Кафедра факультетской терапии', кафедра военно-полевой хирургии", *6 курс факультета ВМА им Кирова*[3]

Нередко у больных с острой хирургической патологией на фоне интоксикации впервые отмечаются явления острой левожелудочковой недостаточности.

Целью исследования явилось уточнение состояния сердечно-сосудистой системы и выраженность эндотелиальной дисфункции у пациентов с явлениями острой левожелудочковой недостаточности на фоне острой хирургической патологии. Работа явилась продолжением, начатой в сентябре 2015 года.

Материалы и методы: Было обследовано 9 пациентов с диагнозом острый панкреатит, 8 - с острым холециститом, 8- с критической ишемией нижней конечности. Обследование проводилось во время консервативной терапии и через 1-2 месяца после выписки из стационара. В исследование включались пациенты в возрасте от 39 до 54 лет с отсутствием ранее диагностированной кардиологической патологией. Всем пациентам проводилась рентгенография грудной клетки, электрокардиография, эхокардиография, оценивался индекс интоксикации, уровень кардиоспецифических ферментов, эндотелиальная функция методом фотоплетизмографии аппаратом «Элдар». Лица с вероятным диагнозом ОИМ или ТЭЛА в исследование не включались.

Результаты. У всех пациентов была выявлена умеренная тахикардия, увеличение ЧСС до 92-108 в 1 минуту, увеличение ЧД до 20-24 в 1, выслушивались застойные хрипы в задне-боковых отделах лёгких. У 65% пациентов на ЭКГ выявлялись неспецифические изменения процессов реполяризации желудочков. У 58% пациентов: при ЭХО-КГ выявлялась, гипертрофия левого желудочка, у 12% - различные пороки сердца, у 14% - пролапс митрального клапана с регургитацией 2-3 ст., у 63% увеличение различных камер сердца,11% - лёгочная гипертензия 1-2 ст. При повторном ультразвуковом исследовании через 2 месяца пациентов с кардиомегалией, впервые выявленной во время острой хирургической патологии, у 94%сохранялось увеличение полостей сердца.

Пациентам клиническими симптомами стенокардии и диастолической дисфункцией на ЭХО-КГ в течение месяца после выписки выполнялось холтеровское мониторирование ЭКГ, по показаниям - нагрузочные тесты. У 9% пациентов впервые была верифицирована ишемическая болезнь сердца.

Выводы. У значительной части пациентов с острой хирургической патологией и явлениями острой левожелудочковой недостаточности имеется органическая патология

сердца, которая выявляется дополнительными инструментальными методами обследования. Полученные нами данные свидетельствуют о значительном снижении показателя функции эндотелия (ПФЭ) практически у всех пациентов. Наличие системной эндотелиальной дисфункции могло быть непосредственной причиной, способствовавшей развитию острой сердечной недостаточности как у пациентов, исходно имевших не диагностированную ранее патологию сердца, так и с исходно интактным сердцем. При этом в группе с острым панкреатитом низкая корреляционная связь между эндотелиальной дисфункцией и верифицированным диагнозом ИБС (r = 0,23), в то время как в группе с критической ишемией конечностей имеется достаточно высокая корреляционная связь между эндотелиальной дисфункцией и ИБС (r = 0,66; $p<0,05$).

Юркин А.К. [1], Максимов А.Г. [1], Левина Е.М. [1]

ПОСТАНОВКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА ПОД УЗИ-НАВИГАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им С.М. КироваКафедра факультетской терапии

Актуальность. Для оптимизации и интенсификации программ полихимиотерапии, использования относительно больших объемов инфузионно-трансфузионной терапии, применения антибактериальных и колониестимулирующих препаратов у больных гемобластозами, необходимо обеспечение надежного сосудистого доступа (Шмидт А.В., Абдулкадыров К.М. 2001; Шулутко Е.М. 2010). Использование центрального венозного катетера (ЦВК) у онкогематологических больных сопряжено с высоким риском развития серьезных, часто опасных для жизни осложнений, уже на этапе выполнения манипуляции (Barrera R., et al., 1996; Шмидт А.В. 2000; Галстян Г.М. 2003).

Цель. Изучить особенности постановки ЦВК фирмы «Bi-Braun» диметром 1,4 мм под контролем УЗИ, больным с гемобластозами у которых ранее уже были поставлены ЦВК более 4-5 раз одному пациенту с каждой из сторон.

Материалы и методы: центральные венозные катетеры были поставлены под контролем УЗИ – аппаратом Vivid E фирмы «General Electric» и мультичастотным линейным датчиком – модель 8L в режиме-В, 51 пациенту при острых лейкозах (ОЛ) и злокачественных лимфомах (ЗЛ). Методика постановки катетера состоит из двух частей: визуализация подходящего сосуда и постановка самого ЦВК с техникой чрескожной катетеризации сосуда по методу Сельдингера (Seldinger S.I., 1953) из точки James P., Myers R., (1973) статическим и динамическим визуализационными методами.

1. Статический визуализационный метод. Для оценки состояния сосудистого русла и определения характера кровотока (артерия, вена) использовались цветной доплеровский режим (CF) и импульсный режим (PV). Дополнительно для дифференцировки вены и артерии использовали надавливание линейным датчиком в В-режиме и цветном доплеровском режиме.

2. Динамический визуализационный метод. Катетеры ставились по методу Сельдингера с техникой чрескожной катетеризацией с проводником. В режиме-В УЗИ, линейный датчик (модель 8L) ставим в spacium interscalenium (межлестничное пространство) у края наружной ножки m.sternoclaidemastoideus в месте предполагаемой пункции. Визуализировалась vena jugularis interna (dextra или sinistra), ставим линейный датчик, одетый в стерильный презерватив для проведения ультразвуковых исследований с меткой по направлению к головке плечевой кости, параллельно ключице. Отступя 3 см от датчика анестезировалась кожа и подкожная клетчатка. Делался прокол кожи и вводилась игла под контролем УЗИ, сначала под углом 90˚, потом под углом в 45˚ к поверхности кожи по направлению интраипсиллярному соску к визуализируемой вене, с постоянным контролем

подтягивания поршня с физ. раствором (!). Игла визуализировалась на УЗИ аппарате при продвижении ее вперед, в виде тонкого металлического предмета на конце с раздвигаемыми тканями, по направлению интраипсиллярному соску к визуализируемой v. jugularis interna. Пунктировалась вена (v. jugularis interna), получали обратный ток крови, по проводнику заводили катетер на длину до Th3 тела позвонка справа, и Th1- Th2 слева в верхнюю полую вену (ВПВ). Катетер подшивали к коже. Выполнялся контрольная рентгенография грудной клетки через один час.

Результаты. Под контролем УЗИ был поставлен 51 ЦВК больным с ОЛ и ЗЛ. 39 (76,47%) случаях ЦВК был поставлен справа, в 12 (23,53%) случаев – слева. С первой попытки без осложнений было проведено 47 (92,16%) ЦВК (ВПВ), из них справа 40 (85,11%) и слева 7 (14,89%) соответственно. Пункция артерии выполнена в 1 случае (1,96%) слева. В 3 (5,88%) случаях катетер был заведен в v. jugularis interna (два справа, один слева), которые через 3 дня были заново проведены вниз до Th3 ВПВ.

Выводы. Постановка ЦВК более безопасна под контролем УЗИ-визуализации процесса. Риск механических и интраоперационных осложнений (пневмоторакс, гемоторакс, гидроторакс и т.д.), при данном способе постановки ЦВК, сведен к минимуму. Осуществить сосудистый доступ удается в 100% случаев при данном способе постановки ЦВК

Ягин М.В., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ

г. Санкт-Петербург, кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. – академик РАН Н.А.Майстренко), Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Одним из частых осложнений острого аппендицита (ОА) является аппендикулярный инфильтрат (АИ). Сложность клинической и дифференциальной диагностики, отсутствие в литературе единства среди практикующих хирургов в понимании термина, различие в подходах к лечению обуславливают актуальность проблемы.

Цель исследования - уточнение клинических и инструментальных критериев диагностики АИ с определением рациональной лечебной тактики.

Материалы и методы: были проанализированы результаты клинического и лабораторно-инструментального обследования и лечения 66 больных ОА, осложнившимся развитием АИ. Достоверность различий переменных в выборках оценивали по Т -критериям Стьюдента и Фишера (достоверным считали различие при $p<0,05$ и $f<0,05$).

Результаты: В ходе клинического и лабораторно-инструментального обследований рыхлый АИ диагностирован у 32 больных (48%), плотный АИ - 34 (52%) поступивших. Данные анамнеза позволили уточнить длительность заболевания, которая у больных рыхлым инфильтратом составила 2,5±0,4 суток, у пациентов с плотным АИ - 9,2±2,13 суток. Разница в продолжительности анамнеза заболевания была статистически значимой ($p<0,05$). На основании физикального обследования установлено, что при пальпации живота у 30 (88%) больных плотным АИ из 34 в правой подвздошной области выявлены инфильтраты. В свою очередь, лишь у 2 пациентов с рыхлым АИ удалось его пропальпировать. Статистическая разница была значимой ($p<0,05$). Положительные аппендикулярные симптомы чаще выявлялись у больных рыхлым АИ ($n=21$ из 32), чем у пациентов плотным АИ ($n=1$ из 34), разница была достоверной. Использование УЗИ позволяет провести дифференцировку АИ по степени зрелости на рыхлый и плотный. Плотный инфильтрат визуализировался у 33 больных в виде неправильной формы несмещаемого образования с неоднородной эхоструктурой за счет гипер- и гипоэхогенных зон, отсутствием жидкостных включений и полостных образований. У 12 пациентов из 32 по данным УЗИ в правой подвздошной области выявлены признаки рыхлого АИ. Эхосонографическими критериями являлась совокупность гипоэхогенной инфильтрации тканей с жидкостными прослойками вокруг

утолщенного ЧО и следами жидкости в правой подвздошной области. Диагностическая лапароскопия (ДЛ) выполнена 11 у больных с неясной клинической картиной в ходе динамического мониторинга с целью визуализации воспалительного инфильтрата в правой подвздошной области и оценки возможности его безопасного разделения.

Таким образом, полученные данные диагностики позволили уточнить клинические и инструментальные критерии АИ и сформировать последующую лечебную тактику: ЛАЭ - при рыхлом АИ и консервативная терапия - при плотном АИ. Реализация сформированного лечебно-диагностического алгоритма показала эффективность подхода: осложнения (формирование периаппендикулярного абсцесса, развитие кишечной непроходимости) при консервативной терапии плотного АИ составили 5,8%, после ЛАЭ при рыхлом АИ осложнений не было. Конверсии доступа потребовались 4 больным (17,3%) вследствие технических сложностей при выделении червеобразного отростка из инфильтрата. Больным, перенесшим плотный АИ, через 3 месяца целесообразно выполнение интервальной ЛАЭ в плановом порядке с превентивной целью развития хронического аппендицита.

Яковлев В.В., Сотников А.В., Ващенков В.В., Жирков И.И.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

г. *Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра* I *госпитальной терапии*

Цель: изучить структуру фатальных осложнений инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин разного возраста, не получавших хирургических методов лечения коронарной болезни сердца.

Материалы и методы. Проведён анализ 115 историй болезни и протоколов патологоанатомических вскрытий пациентов, умерших от ИМ в 442 Военном клиническом госпитале им. З.П. Соловьева и в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Посмертные диагнозы у умерших пациентов верифицированы при аутопсии. Материалы подвергнуты статистической обработке с использованием методов вариационной статистики. Результаты: среди обследованных преобладали лица старше 60 лет (75,7%) с осложненным течением повторного (60%) Q-ИМ преимущественно передней и задней локализации (54,8%). У большинства умерших это был первый (у 32,1%) или второй (у 16,6%) повторный ИМ. В обеих возрастных группах (до 60 лет и старше 60 лет) повторный ИМ чаще развивался в течение первого года после перенесенного первичного ИМ (до 60 лет - у 9,6%, старше 60 - у 17,4%), либо через 1-4 года (до 60 лет - у 4,3%, старше 60 - у 22%).

Структура осложнений. У умерших с первичным ИМ преобладали отек легких (до 60 лет - у 82%, старше 60 - 100%), кардиогенный шок (до 60 лет - у 64%, старше 60 - у 38%), тромбоэмболия легочной артерии (до 60 лет - у 36%, старше 60 - у 44%), рецидивирующее течение ИМ (до 60 лет - у 27%, старше 60 - у 25%). Доля нарушений сердечного ритма составила у умерших до 60 лет 45,9%, а у умерших старше 60 лет - 65,2%. При этом фибрилляция желудочков отмечалась у 22,3%, а полная атриовентрикулярная блокада - у 4,1%.

У умерших с повторным ИМ в отличие от первичного ИМ в обеих возрастных группах отмечалось отчетливое увеличение больных с аневризмой сердца (до 60 лет - у 35%, старше 60 - у 36%), с рецидивирующим течением ИМ (до 60 лет - у 59%, старше 60 - у 41%), тромбоэмболией легочной артерии (до 60 лет - у 53%, старше 60 - у 34%). Доля нарушений ритма сердца составила у умерших больных до 60 лет - 70%, а у лиц старше 60 лет - у 85%.

У большинства умерших больных насчитывалось четыре и более осложнений ИМ и многообразие их комбинаций. Чаще летальный исход вызывал первый повторный ИМ (до 60 лет - у 11,3%, старше 60 - у 32,1%), реже - второй (до 60 лет - у 2,6%, старше 60 - у 16,6%).

Выводы. Наиболее частой причиной летального исхода является осложненный повторный ИМ. Своевременные методы лечения ИБС (в т.ч. и интервенционные), ранняя диагностика и госпитализация больных с ИМ, своевременное оказание им специализированной кардиологической помощи будет способствовать предупреждению развития жизнеопасных осложнений и снижению летальности.

Янова О.А., Клыпина Г.Н., Либих Д.А.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КВЧ-ТЕРАПИИ

г.Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет;
г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
г. Санкт-Петербург, Институт биорегуляции игеронтологии

В настоящее время лечение пародонтита у лиц старших возрастных групп представляет трудности, что связано с частым рецидивированием этой патологии (А.К. Иорданишвили и соавт., 2011).

С целью повышения эффективности комплексного лечения пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста предлагается в алгоритм лечебно-профилактических мероприятий включать КВЧ терапию, которую следует проводить с применением аппарата КВЧ-ИК терапии «Триомед», (ООО «Триомед», Россия, Санкт-Петербург), представляющий источник низкоинтенсивного излучения (менее 10 мкВт/см²) электромагнитных волн крайне высокочастотного и инфракрасного диапазонов для неинвазивного воздействия на участки кожного покрова человека. На курс лечения проводят 10 процедур, ежедневно на ткани пародонта, то есть в области нижней трети лица.

Клиническое применение предлагаемого способа показало его эффективность по сравнению с общепринятым комплексным лечением пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста. Быстрее купируется воспалительный процесс в пародонте, реже встречаются рецидивы обострения патологического процесса.

Предложенный способ прост в мануальном выполнении и позволяет объективизировать полученные данные при клиническом осмотре больного.

Ястребов И.П.[1], Суров Д.А.[2], Киреева Г.С.[3], Данилюк Е.Н.[2], Садыкова Р.Ф.[1], Шумакова Т.А.[1], Фалевко С.Ю.[1]

ФАРМАКОКИНЕТИКА ЦИСПЛАТИНА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕРФУЗИИ ТАЗА

1) Санкт-Петербург, ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе;
2) Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
3) Санкт-Петербург, ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

Актуальность. Лечение местнораспространенных опухолей малого таза и их рецидивов остается сложным и нерешенным вопросом. Пациенты с данными опухолями подвергаются калечащим операциям, а в некоторых случаях операция вовсе невыполнима или бессмысленна. Изолированная перфузия таза (ИПТ) – вид локорегионального лечения злокачественных новообразований малого таза, при котором лекарственный препарат доставляется непосредственно в артерии, питающие опухоли, и создает в ней высокую концентрацию, что потенциально повышает эффективность проводимого лечения, помогая преодолеть химиорезистентность.

Цель. Определить динамику изменения концентрации цисплатина в изолируемой области и в системном кровотоке при ИПТ, а также оценить эффективность сосудистой изоляции таза.

Материалы и методы. Больной С., 75 лет, с диагнозом рак нижней и средней трети влагалища cT4N+M0, осложненным рецидивирующим кровотечением была проведена закрытая ИПТ. Сосудистая изоляция области таза осуществлялась баллонной окклюзией аорты и нижней полой вены в инфраренальной позиции под рентгеноскопическим контролем дилатационными окклюзирующими катетерами. На уровне верхних третей обоих бедер и на уровне пупка были наложены пневматические турникеты. Режим ИПТ: скорость перфузии 250 мл/мин, температура перфузата на притоке 42 °С, время перфузии 35 минут, давление в контуре 100 мм. рт. ст., лекарственный препарат – цисплатин (250 мг/м2). По окончании перфузии в течение 15 минут выполнялось замещение крови из перфузионного контура физиологическим раствором (2000 мл), после чего кровоток в области малого таза был восстановлен. Период ишемии нижних конечностей составлял 70 минут. Определение концентрации цисплатина осуществлялась методом масс-спектрометрии. Забор крови осуществлялся одновременно из изолируемой области таза и системного кровотока на 5, 15 и 30 минутах ИПТ. Все образцы крови были сохранены в морозильной камере до анализа.

Результаты. В результате проведенной масс-с пектрометрии получены следующие результаты: концентрация цисплатина в изолируемом контуре на 5, 15 и 30 минутах ИПТ составила 11.706±0.118 мг/л, 19.504±0.101 мг/л и 10.84±0.098 мг/л соответственно. В системном кровотоке в те же временные интервалы – 1.034±0.049 мг/л, 2.050±0.062 мг/л, 2.114±0.067 мг/л. Максимальная концентрация цисплатина (C-max) в изолируемой области составила 19.504 мг/л, в системном кровотоке 4.228 мг/л

Выводы. Полученный результат свидетельствует о высокой эффективности сосудистой изоляции области таза при проведении ИПТ, что позволяет создавать в ней высокую концентрацию химиопрепарата. Тем не менее, представленные данные являются предварительными, поскольку они были получены у одного пациента. Проводятся дальнейшие исследования для подтверждения данных результатов.

Ястребов И.П.[1], Суров Д.А.[2], Киреева Г.С.[3], Садыкова Р.Ф.[1], Данилюк Е.Н.[2], Святненко А.В.[1], Шумакова Т.А.[1], Фалевко С.Ю.[1]

ИЗОЛИРОВАННАЯ ПЕРФУЗИЯ ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

1) Санкт-Петербург, ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе;
2) Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
3) Санкт-Петербург, ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

Актуальность. Изолированная перфузия таза (ИПТ) – вид локорегионального лечения злокачественных новообразований малого таза, при котором лекарственный препарат доставляется непосредственно в артерии, питающие опухоли, и создает в ней высокую концентрацию, что повышает эффективность проводимого лечения.

Цель. Приводятся результаты первого отечественного опыта проведения ИПТ.

Материалы и методы. У больной С., 75 лет, с диагнозом рак нижней и средней трети влагалища cT4N+M0, осложненным рецидивирующим кровотечением, выполнялась ИПТ по «закрытой» методике. С целью максимальной сосудистой изоляции области таза на уровне верхних третей обоих бедер и на уровне пупка были наложены пневматические турникеты. Окклюзия аорты и нижней полой вены осуществлялась в инфраренальной позиции под рентгеноскопическим контролем дилатационными окклюзирующими катетерами. После подключения и запуска перфузионной установки последовательно выполнены окклюзия

аорты, раздуты пневматические турникеты на нижних конечностях, окклюзия нижней полой вены. Выполнялись аортография брюшного отдела аорты и нижняя кавография. Использован цисплатин (250 мг/м^2). По окончании перфузии в течение 15 мин. выполнялось замещение крови из перфузионного контура физиологическим раствором (2000 мл), после чего кровоток в области малого таза был восстановлен. Период ишемии нижних конечностей -70 мин.

Результаты. ИПТ была выполнена с неоадъювантной целью в связи с неблагоприятным преморбидным фоном и выраженным характером местного распространения опухолевого процесса. Режим ИПТ: скорость перфузии 250 мл/мин, температура перфузата на притоке 42°C, время перфузии 35 минут, давление в контуре 100 мм.рт.ст.. В течение всего периода ИПТ выраженных нарушений центральной гемодинамики, обусловленных окклюзией аорты и нижней полой вены и последующим восстановлением магистрального кровотока, а также каких-либо интраоперационных осложнений не выявлено. Начиная с 4х суток послеоперационного периода, больная отметила существенное уменьшение болевого синдрома. На 12 сутки после ИПТ больная была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Через 30 суток после ИПТ была выполнена контрольная магнитно-резонансная томография органов малого таза, сравнительный анализ результатов которой показал уменьшение объема опухолевого поражения на 30%. При контрольном осмотре в эти сроки больная предъявляла жалобы на периодические незначительные боли в промежности тянущего характера, которые эффективно купировались пероральным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. В течение 30 суток послеоперационного периода больная не отмечала эпизодов выделения крови из влагалища и прямой кишки, сохранялось естественное мочеиспускание. Учитывая выраженный ответ опухоли на ИПТ и сохраняющийся неблагоприятный преморбидный фон, консилиумом было принято решение о проведении пациентке повторной процедуры ИПТ с последующим решением вопроса о целесообразности выполнения хирургического этапа лечения.

Выводы. ИПТ является воспроизводимым, достаточно безопасным и хорошо переносимым пациентом оперативным вмешательством. Полученный клинико-морфологический результат, позволяет рассматривать данную процедуру в качестве весьма эффективного метода неоадъювантного противопухолевого воздействия у больных с осложненными местно-распространенными опухолями малого таза.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АДМАКИН А.Л., ЛЯЩУК С.С., ГАРИПОВ Р.Р. ШАБУНЯЕВ Д.С. 3

Тактика лечения пролежней на этапе специализированной помощи 3

АДМАКИНА.Л., ЛЯЩУКС.С., ГУКОВАВ.В., ШАБУНЯЕВД.С. 3

Тангенциальные некрэктомии: оптимизация выполнения 3

АДМАКИН А.Л., ЛЯЩУК С.С., КОВАЛЕНКО А.А., ШАБУНЯЕВ Д.С., ГАРИПОВ Р.Р. 4

использование VAC-системы в лечении ран нижних конечностей 4

АДМАКИН А.Л., ШИЛОВ О.П. 5

Использование липофилинга в коррекции ареолы после эндопротезирования молочной железы через околоареолярный доступ 5

АДМАКИН А.Л.,КОВАЛЕНКО А.А., ЛЯЩУК С.С. 5

Лечение пациентов с трофическими язвами нижних конечностей с помощью гидрогелевых раневых покрытий в условиях военного госпиталя 5

АДХАМОВ Б.М., РУСЕВ И.Т., ПОНОМАРЕНКО Г.Н. 6

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ 6

АЛЕКСЕЕВ Д.Е., АЛЕКСЕЕВ Е.Д., СВИСТОВ Д.В. 7

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ МАТРИКСОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИКВОРЕИ 7

АЛКАЗ А.В.,ПТАШНИКОВ Д.А., ТКАЧЕНКО А.Н., КАЛИМУЛЛИНА А.Ф. 8

ПРОГНОЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 8

АНДРЕЕВ Р.В., ЦЫГАН Н.В., ПЕЛЕШОК А.С., ЯКОВЛЕВА В.А., ОДИНАК М.М., ЛИТВИНЕНКО И.В., ХУБУЛАВА Г.Г. 9

ОТСРОЧЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ КЛАПАНОВ СЕРДЦА 9

АНТОНОВА О.В., ТРОФИМОВА П.Н., ХАЙРУТДИНОВА В.Р., БЕЛОУСОВА И.Э., САМЦОВА А.В. 10

РОЛЬ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ 10

АНТУШЕВИЧ А.Е., КРЮЧКОВА А.С., АРЖАВКИНА Л.Г., ЖЕКАЛОВ А.Н., ЛЯНГИНЕН Л.В. 11

Влияние препаратов группы Глутоксим на функциональное состояние нейтрофилов периферической крови животных при отравлении ипритом 11

АСТАПОВА М.К., ОСТРОМЕНСКИЙ В.В., КАПЛУН И.Б. 12

СОСТОЯНИЕ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ. 12

АСФЕНДИАРОВ Д.Д. 13

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СОВРЕМЕННЫМИ СТРЕЛКОВЫМИ БОЕПРИПАСАМИ 13

БАБАК О.Н., АНТОНОВ Д.В., ЛАГВИЛАВА Т.О., МАГАМЕДОВ И.Д., ТОРЧИНОВ К.Э., ЧУБ В.Ю., ЧУРЗИН О.А. 14

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ КОНТРЛАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 14

БАБАК О.Н., АНТОНОВ Д. В., ЛАГВИЛАВА Т.О., МАГАМЕДОВ И.Д., ТОРЧИНОВ К.Э., ЧУБ В.Ю., ЧУРЗИН О.А. 15

АНАЛИЗ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 15

БАБАК А.В., ГАЙДУК С.В., ДЮБКИН С.В., ПЕРШИН В.Н., ТЕНИЦКИЙ П.В., СЛЕСАРЕВА Е.Г., ЦЕПКОВА Г.А. 16

ПРЕИМУЩЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ ПЕРЕД МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 16

БАЛЬБЕРТ А.А.[1], ШАХМЕТОВА О.А.[2], КОВАЛЕНКО А.П.[3], МИСИКОВ В.К.[4] 17

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ БОТУЛОТОКСИНОМ ПОД КОНТРОЛЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ 17

БАРАЗЕНКО К.В., ЛИСИЦЫНА Е.А. 18

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И УСПЕШНОСТИ ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ. 18

БАРДАКОВ С.Н.[1,2],ЖИВОЛУПОВС.А.[1], ЛАПИН С.В.[3], БУЛГАКОВА Т.В[3]. САМАРЦЕВ И.Н.[1] 19

КОМОРБИДНОСТЬ МИАСТЕНИИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА..... 19

БАРДАКОВ С.Н.[1,2],ЖИВОЛУПОВС.А.[2], ЛАПИН С.В.[3], БУЛГАКОВА Т.В[3].....20

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АУТОАНТИТЕЛА ПРИ МИАСТЕНИИ..... 20

БАРДАКОВ С.Н.[1,2], ЧОЛАРИЯ Н.Х.[2], РАШИДОВ Н.А.[1],ВОРОБЬЕВА М.Н.[1] 21

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ СИНДРОМА МИЛЛЕРА-ФИШЕРА 21

БАРСУКОВ А.В. 22

ВЫСОКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА 22

БАРСУКОВ А.В.[1], ГЛУХОВСКОЙ Д.В.[1], ЧЕПЧЕРУК О.Г.[1], КАРИМОВА А.М.[2] 24

ОЦЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЙ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 24

БАРСУКОВА.В., КОРНЕЙЧУК Н.Н. 26

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОРЕНИНОВОЙ ФОРМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 26

БАРСУКОВА.В., МИРОХИНАМ.А. 27

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАПАЗОНЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ 27

БЕЗМЕНКОА.А., ШМИДТА.А., КОВАЛЬА.А., СИБИРЕВС.А., ЭЛЬКИНГ.И., КАРПИЩЕНКО Ж.М., ЛАДОНИНА С.А. .28

ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ 28
У ЖЕНЩИН С ПОМОЩЬЮ ER:YAG-ЛАЗЕРА 28

БЕЗМОЗГИНБ.Г. (1), БАБКОВО.В. (1), СУРОВД.А. (2), ЯСТРЕБОВИ.П. (1), ОПУЛД.М. (1).....29

МЕТОД VAC – ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 29

БЕЗМОЗГИНБ.Г. (1), БАБКОВО.В. (1), СУРОВД.А. (2), ЯСТРЕБОВИ.П. (1), ОПУЛД.М. (1).....30

ВЛИЯНИЕ VAC – ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ 30

БЕЗМОЗГИНБ.Г. (1), СУРОВД.А. (2), БАБКОВО.В. (1), ЯСТРЕБОВИ.П. (1), СВЯТНЕНКОА.В. (1), ОПУЛД.М. (1), ИБРАГИМОВМ.М. (1) 31

ОЦЕНКА МИКРОБНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 31

БЕЗМОЗГИН Б.Г. (1), СУРОВ Д.А. (2), БАБКОВ О.В. (1), ЯСТРЕБОВ И.П. (1), СВЯТНЕНКО А.В. (1), ОПУЛ Д.М. (1)...31

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ NPWT НА ИНТРААБДОМИНАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ 31

БЕЛОЗЕРОВ Е.С., ЧЕТВЕРИКОВ А.В. 32

ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 32

БЕЛОУСОВА И.Э., ЛАМОТКИН И.А., РУКАВИЦЫН А.О. 33

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 33

БЕЛОУСОВА И.Э., ЛАМОТКИН И.А., РУКАВИЦЫН А.О. 34

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ 34

БЕЛЬСКИХ О.А. 35

ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ТЕРАПИИ 35

БЕЛЬСКИХ О.А. 36

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 36

БЕСКРОВНЫЙ С.В., БАЙБУЗ Д.В., ДОЛГОВ Г.В., КРАВЧЕНКО А.Г. 37

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННЕГО СРОКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ 37

БЕСКРОВНЫЙ С.В., ШМИДТ А.А., ДОЛГОВ Г.В., КРАВЧЕНКО А.Г., ОСТРОВСКАЯ Ю.А. 38

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ 38

БИНИЕНКОМ.А., СМИРЕНИНС.В., КЕСАЕВАИ.В., ЮДИНЦЕВА Н.М., БЛИНОВА М.И., ДАВЫДЕНКОВ.В. 39

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАЛЬНОГО ЭКВИВАЛЕНТА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ 39

БИНИЕНКО М.А., СМИРЕНИНС.В., КЕСАЕВА И.В., ЮДИНЦЕВА Н.М., БЛИНОВА М.И., ДАВЫДЕНКО В.В. 40

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ 40

БИСЕНКОВ Л.Н., ПОПОВ В.И., ШАЛАЕВ С.А., НЕЧИПОРУК В.М., ПОПОВА Т.В. 41

ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ 41

БЛИЩ О.Ю. 42

ВЫРАЖЕННОСТЬ МР-ПРИЗНАКОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХРЯЩЕВЫХ СТРУКТУР ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ФЕМОРОАЦЕТАБУЛЯРНОГО ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМА 42

БЛЮМИНА С.Г., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., РОМАЩЕНКОП.Н. 43

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ 43

БЛЮМИНА С.Г., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., РОМАЩЕНКОП.Н. 44

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ НАВИГАЦИЯ В ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ 44

БОБРОВ А.Л.[1], БАРСУКОВ А.В.[1], МИРОХИНА М.А.[1], ТУПИЦЫН В.В.[1], КУЛИК А.А.[1], МЕНЬКОВ И.А.[2] 44

СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНОЙ С ГИГАНТСКИМ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ НА ФОНЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ 44

БОГОРОДСКАЯ И.Г., ГАЛИЕВА З.Я., ЯППАРОВ Р.Г. 45

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 45

БОЖЧЕНКО А.П.[1], БЕЛЫХ А.Н.[1], ГУГНИН И.В.[2] 47

ПРИМЕР НЕКОРРЕКТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИСКЛЮЧЕНИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ 47

БОЖЧЕНКО А.П.[1], ГУГНИН И.В.[2] 48

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПРОБЛЕМЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ 48

БОЖЧЕНКО А.П.[1], МОИСЕЕНКО С.А.[1], ТЕПЛОВ К.В.[2], ТОЛМАЧЕВ И.А.[1] 49

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЛАДОНЕЙ 49

БОЖЧЕНКО А.П.[1], РИГОНЕН В.И.[2] 50

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАРЕЛ И РУССКИХ МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ И ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ 50

БОЖЧЕНКО А.П., ТОЛМАЧЕВ И.А. 51

ПРИМЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В СЛУЧАЕ НЕЯСНОГО ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ТУПОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ 51

БОЖЧЕНКО А.П.[1], ТОЛМАЧЕВ И.А.[1], ИВАНЕНКО С.А.[2] 52

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА СУИЦИДА НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ 52

БОНДАРЕНКОА.И., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., ИВАНОВВ.В. ХАРИТОНОВ М.А. 53

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ИСХОДОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 53

БОРИСОВ Д.Н. 54

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИПРИКРЕПЛЕННЫХ КОНТИНГЕНТОВ 54

БОРИСОВ Д.Н.[1], АБРАМОВА И.А.[2], КОРНИЛОВА А.А.[3] 55

ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ И ОПЫТ ЭКСПЛУАТАЦИИ ТИПОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ 55

БОРИСОВ Д.Н.[1], АБРАМОВА И.А.[2], РОДИОНОВ Е.О.[1] 57

ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ И ОПЫТ ЭКСПЛУАТАЦИИ ТИПОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ 57

БОРИСОВ Д.Н.,[1]ЛОБАЧЕВ А.В.,[1]ЕРИЧЕВ А.Н.[2] 58

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ИНФОРМАТИЗАЦИИ 58

БОРИСОВ Д.Н.[1], МЕДВЕДЕВ Д.С.[2], ЖУКОВ А.А.[1] 59

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО ПРИЗЫВУ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЕГО ИЗУЧЕНИЮ 59

БОРИСОВ Д.Н., СЕВРЮКОВ В.В., ИВАНОВ В.В. 60

ИСТОРИЯ, СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М. КИРОВА 60

БОРИСОВ Д.Н. СЫРОЕЖКИН Ф.А. ЕФРЕМОВ А.А. 62

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ВОЙСКОВОМ ЗВЕНЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВС РФ 62

БОРОДУЛИНА И. И.,ВАСИЛЬЕВА Л. В., ФИЛИППОВ Е.В. 63

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК 63

БУЛАНЬКОВ Ю.И. 64

ЛАБОРАТОРНЫЙ СКРИНИНГ, КАК ОСНОВА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ГЕМОКОНТАКТНЫМ ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ 64

БУЛАНЬКОВ Ю.И.,КОЛЮБАЕВА С.Н., ЖАБРОВ С.С. 65

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 28В ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С. 65

БУЛАНЬКОВ Ю.И., ОРЛОВА Е.С., ЛЕБЕДЕВА Н.Г. 66

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ 66
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛИИ МО РФ 66

БУРЯКОВА Л.В.[1], ЛАЗАРЕНКО Д.Ю.[1], ОРЛОВА О.В.[2], ФРОЛОВ С.Н.[2] 67

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ НА ПРОЦЕССЫ ПОЛ И АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ 67

БЫСТРОВ М.В. 68

ОБ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ УЧАСТИЯ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СТАЦИОНАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ 68

БУЛЫГИНА О.А., КЛИМОВА Д.Б., СЕРЕДА Ю.В. 69

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ 69

ВАСИЛЬЕВА Л. В., ПОЛЕВАЯ Л. П., ИВАННИКОВ А. А. 70

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ПАРОДОНТИТОВ 70

ВАСИЛЬЕВ В.Н., ЯКОВЛЕВ В.В., ВАЩЕНКОВ В.В., ВАСИЛЬЕВА А.В., СЕГЕДА Н.В. 71

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ. 71

ВАХЛЕВСКИЙ В.В., ТЫРЕНКО В.В., ЦЫГАН Е.Н., ТОПОРКОВ М.М., КАЧНОВ В.А., БЛОХИН М.П 72

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ 72

ВАХЛЕВСКИЙ В.В., ЦЫГАН Е.Н., ТОПОРКОВ М.М., БУРЯК И.С., ОБЛЕКОВА Е.В., КАЧНОВ В.А., БЛОХИН М.П. 73

ИНФЛИКСИМАБ В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА. 73

ВАЩЕНКО В.И., ВИЛЬЯНИНОВ В.Н., ПОПОВА Н.Н., КАЛЕКО С.П., РОМАНЕНКО С.М., ГУСЕВ С.В. 74

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТРОМБОЦИТНОГО КОНЦЕНТРАТА В ПРОЦЕССЕ ХРАНЕНИЯ 74

ВАЩЕНКО В.И., АНТОНЕНКОВА Е.В., ВИЛЬЯНИНОВ В.Н., ВАЩЕНКО Т.Н., ТИТУЛОВА Т.Б. 75

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФУЛЛЕРЕНА C_{60} И ЕГО НАНОКОМПОЗИТОВ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА И ИММУНИТЕТА ПОЗВОНОЧНЫХ ЖИВОТНЫХ 75

ВАЩЕНКО В.И., ПОПОВА Н.Н., БОЙЦОВА М.Ю., СМАЕВА Е.Н., ЕГОРОВА Е.Н. 76

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГЕМОКОМПОНЕНТАМИ С УДАЛЕННЫМИ ЛЕЙКОЦИТАМИ 76

ВАЩЕНКО В.И., РОМАНЕНКО С.М., ГУСЕВ С.В., ТИТУЛОВА Т.Б., ИГНАТОВИЧ Г.П. 77

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ И АПОПТОЗА ЛЕЙКОЦИТОВ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ КАЧЕСТВА ТРОМБОЦИТНОГО КОНЦЕНТРАТА 77

ВЕРЕТЕНКО Е.А., ЛИБИХ Д.А. 78

О ПРИВЫКАНИИ К ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ: ТЕРМИНОЛОГИЯ И ДЕФИНИЦИИ 78

ВЕТРЯКОВ О.В., ГАЙДУК С.В., ЦЕПКОВА Г.А., БАБАК А.В. 78

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА СКОРОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ТРИЦИКЛИЧЕСКИМИ АНТИДИПРЕССАНТАМИ 78

ВЕЦМАДЯНЕ.А., ВОРОНЦОВАД.А. 79

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БУРСИТОВ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ 79

ВЕЦМАДЯН Е.А., ВОРОНЦОВА Д.А. 80

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БУРСИТОВ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ 80

ВИЛЬЯНИНОВ В.Н., ПОПОВА Н.Н., КАЛЕКО С.П., ВАЩЕНКО В.И., СКРИПАЙ Л.А., РОМАНЕНКО С.М.....81

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВИРУСИНАКТИВИРОВАННОЙ ПЛАЗМЫ С ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ТРАНСФУЗИИ..... 81

ВИЛЬЯНИНОВ В.Н., РОМАНЕНКО С.М., ВАЩЕНКО В.И., ЕГОРОВА Е.Н., ВАЩЕНКО Т.Н. 82

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ ПРИ ЗАГОТОВКЕ КРОВИ В ВЫЕЗДНЫХ УСЛОВИЯХ 82

ВИННИК Е.В., ЖЕЛЕЗНЯК С.Г. 83

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОСТЕОАРТРОЗОВ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КДЦ ВМА..... 83

ВИННИК Л.Ф., КАРАИВАНОВ Н.С., ПИТЕНИН Ю.И., СОСЕДОВ П.Ю., ГАЛЕППО В.А. 84

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 84

ВЛАСОВ А.А.,ВОИНОВ В.В., СИНЯКОВ В.В., ПЛЕХАНОВ В.Н.,ШАПОВАЛОВА Г.В., РОЕВА О.В. 85

ТАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ «НОВОЙ» МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ МИОКАРДИТЕ 85

ВОЛГА Н. Б., ЛЕЩЕНКО А. А. 86

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ 86

ВОРОНИН С.В.....87

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ С ТОКСИЧНЫМИ ХИМИКАТАМИ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К ХИМИЧЕСКОМУ ОРУЖИЮ..... 87

ВОРОНИН С.В., ШЕВЧЕНКО Н.В. 88

РЕЙТИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ НЕГОДНОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ К СЛУЖБЕ С ТОКСИЧНЫМИ ХИМИКАТАМИ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К ХИМИЧЕСКОМУ ОРУЖИЮ..... 88

ВОРОНЦОВАД.А. 89

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ЛОКТЕВОГО СУСТАВА: ВЫБОР МЕТОДОВ ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ 89

ВОРОБЬЕВ Б.Ю., ЗДОРИК В.А., АЛЕХИНА В.Ю. 90

ИЗУЧЕНИЕ РАБОТЫ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ НЕШТАТНОЙ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА. 90

ВОРОБЬЕВ С.В., НАУМОВ К.М., ЮРИН А.А., СТЕПАНОВ А.Ю. 91

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ..... 91

ВОСКОБОЙНИК В.В., КУРАСОВ Е. С., УПОРОВА А. С. 92

К ВОПРОСУ ТРАНЗИТОРНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ..... 92

ГАВРИЛОВ Г.В., ИСАГУЛЯН Э.Д.*, КУЛЕШОВ А.А., СВИСТОВ Д.В., ЧЕРЕБИЛЛО В.Ю., КИВЕЛЕВ Ю.В.,КОВАЛЕНКО Р.А. 93**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ И СПАСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ. 93

ГАВРИЛОВ Г.В., ЧЕРЕБИЛЛО В.Ю., ЛЕГЗДАЙН М.А., СВИСТОВ Д.В.,....94

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ. 94

ГАВРИЛЮК Т.В., ТУРИЦИН В.С., СИГИДАЕВ А.С., ГУДКОВ Р.В., ЛАСКИН А.В., СПЕСИВЕЦ Л.В.....95

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗНООБРАЗИЯ БЛАСТОЦИСТ ОБИТАЮЩИХ В КИШЕЧНИКЕ ЧЕЛОВЕКА И МЛЕКОПИТАЮЩИХ..... 95

ГАЙДУК В.А., ХАЛИМОВ Ю.Ш., БАБАК А.В., ЦЕПКОВА Г.А., ЖЕКАЛОВ А.Н, ...96

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ТОКСИКОГЕННОЙ ФАЗЫ ОБТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ..... 96

ГАЛАКА А.А.[1], КРУПИН А.В.[2], ШЕНЕЦ П.В.[1], ШПЕРЛИНГ М.И.[1].....97

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ У КРУПНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ЛАКК-М. 97

ГЛУШКОВ Н.И., ОПЕНЧЕНКО С.В., АМИНОВ Д.Х., ЛОБАНОВ М.Ю., ЮХИМИК А.В. 98

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНЫХ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... 98

ГОЛУБЕНКО Р.А., МИРОШНИЧЕНКО Ю.В. 99

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ВОЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ..... 99

ГОНЧАРЕНКО А.Ю., БОРИСОВ Д.Н., СЫРОЕЖКИН Ф.А.....100

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ..... 100

ГОНЧАРЕНКО А.Ю., КУЗИН А.А., СИВАЩЕНКО П.П. 101

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ 101

ГОНЧАРЕНКО А.Ю., ЛЕМЕШКИН Р.Н.,ЕФРЕМОВ А.А.....102

АНАЛИЗ УВОЛЬНЯЕМОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ..... 102

ГОРИНА Н.С., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., МЕНЬКОВ И.А.....103

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ВЕНОЗНОЙ АНАТОМИИ СЕРДЦА..... 103

ГОРИСЛАВЕЦ В.А. 103

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА ПОСЛЕДНИЕ 32 ГОДА..... 103

ГОРИСЛАВЕЦ В.А., ТРЕТЬЯКОВ В.К. 105

РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М. КИРОВА. 105

ГОРИЧНЫЙ В.А. 106

ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ЗАНЯТЫХ НА РАБОТАХ С ХИМИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ..... 106

ГОРШЕНИН Т.Л., ДУЛАЕВА С.К. 107

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЯ ПРИ СТЕНОЗЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. 107

ГОРШЕНИН Т.Л., ОВДИЕНКО О.А., ДУЛАЕВА С.К., ГУГАЛЕВ Г.С. 108

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. 108

ГРАНКИН А.С., ХОМИНЕЦ В.В., АВЕРКИЕВ Д.В., ГЛАДКОВ Р.В., КОНОКОТИН Д.А. 109

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МО РФ 109

ГРАНКИН А.С., ХОМИНЕЦ В.В., АВЕРКИЕВ Д.В., ГЛАДКОВ Р.В., КОНОКОТИН Д.А. 110

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУБАКРОМИАЛЬНЫМ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМОМ МЕТОДОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО БАЛАНСА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА 110

ГРЕБНЕВ Г.А., ГУК В.А., ИСАЕВ Э.М., АЗОВЦЕВ В.О. 111

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 111

ГРЕБНЕВ Г.А., КАНУННИКОВ В.А. 112

СТАНДАРТНАЯ ТРАНСПОРТНАЯ ШИНА ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 112

ГРЕБНЕВ Г.А., КОВАЛЕВСКИЙ А.М., ПРОЖЕРИНА Е.Ю. 113

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОЕННОСЛУЖИЩИХ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. 113

ГРЕБНЕВ Г.А., ЧЕРНЕГОВ В.В., ЛАЧИН Р.А., ЩЕРБИНА Н.Ю., МОСКВИН Г.В. 114

СПОСОБ ЗАБОРА АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ 114

ГРИНЕВИЧ В.Б., КУМОНОК А.В., ГУБОНИНА И.В. 115

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АКТИВНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ФОНЕ 8-НЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРАЛЬНЫМ МЕСАЛАЗИНОМ В ДОЗЕ 3000 МГ В ДЕНЬ. 115

ГРИНЕВИЧ В.Б., КРАВЧУК Ю.А., СУХОВ Е.О. 116

«ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА И СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ» 116

ГУК В.А., САМСОНОВ В.В., МКРТЧАН Т.Г. 117

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЛИЦА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ 117

ГУЛЯЕВ Н.И., КУДИНОВА А.Н., ХЛЫСТОВА В.А. 118

СОДЕРЖАНИЕ ВАНАДИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 118

ГУЛЯЕВ Н.И., КУДИНОВА А.Н., ХЛЫСТОВА В.А. 119

СОДЕРЖАНИЕ АЛЮМИНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 119

ГУЛЯЕВ Н.И., КУДИНОВА А.Н., ХЛЫСТОВА В.А. 120

СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 120

ГУЛЯЕВ Н.И., КУДИНОВА А.Н., ХЛЫСТОВА В.А. 121

СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИЦ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 121

ГУМИЛЕВСКАЯ О.П.[1], МАТОХИНА У.Б.[2] 122

ОЦЕНКА РОЛИ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА IL-4 В РАЗВИТИИПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ РЕНАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА .. 122

ГУРДЖИЕВА А.Ю., ШМИДТ А.А., ИВАНОВ А.М., БЕСКРОВНЫЙ С.В., БЕЖЕНАРЬ Ф.В 123

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МО РФ 123

ГУРДЖИЕВА А.Ю., ШМИДТ А.А., ИВАНОВ А.М., БЕСКРОВНЫЙ С.В., БЕЖЕНАРЬ Ф.В 124

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ КУРСАНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ВЫСШИХ ВОЕННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ МО РФ, ДИСЛОЦИРУЮЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГАРНИЗОНА 124

ГУСЕВ Р.В., КАРИМОВА А.М., ЧУДАКОВ С.В., БЕКМУХАМЕТОВ А.Ф. 125

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ «ГРИППОЛ ПЛЮС» 125

ГУСЕВА О.И., ТИХЕНКО В.В. 126

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОДИТЕЛЯМ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ 126

ДАНЦЕВ В.В., КАРПУЩЕНКО В.Г., МУЧАИДЗЕ Р.Д., ШИТОВ Ю.Н. 127

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ 127

ДЕМКО А.Е.(1,2), СУРОВ Д.А.(2), БАБКОВ О.В.(1), МАРТЫНОВА Г.А.(1), СВЯТНЕНКО А.В.(1), ОСИПОВ А.В.(1,2), УНГУРЯН В.М.(1), БЕЗМОЗГИН Б.Г.(1) 128

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ ... 128

ДЗИДЗАВА И.И., ТУЛУПОВ А.Н., ПОПОВ В.И., БАРИНОВ О.В., ФУФАЕВ Е.Е., ПОПОВА Т.В. 129

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ 129

ДЗИДЗАВА И.И.[2],.КОТИВ Б.Н [2], ГЛАДЫШЕВ Д.В.[1.2], ШЕЛЕГЕТОВ Д.С.[2],КОВАЛЕНКО С.А.[1], МОИСЕЕВ М.Е.[1], ГНЕДАШ С.С.[1] 129

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОГИЙ 129

ДЗИДЗАВА И.И.[1], КОТИВ Б.Н.[1], ФУФАЕВ Е.Е.[1], ДМИТРОЧЕНКО И.В.[1], БАРДАКОВ С.Н.[2,3], СОКОЛОВ А.А.[2] 131

ВОЗМОЖНОСТИ КАСКАДНОЙ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С МИАСТЕНИЕЙ 131

ДИДЕНКО В.И., ОДИН В.И., АГАНОВ С.Э. 132

ГОРМОНОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕСТОСТЕРОНОМ И СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА 132

ДНОВ К.В., РУТКОВСКАЯ Н.Н. 133

РАННИЙ ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ 133

ДОРОХОВ Г.Ю., МАКОВЕЕВА О.В. 133

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 133

ДРОЗДОВА А.В., ГОРБАТЕНКОВА О.В., ШАМОВА Н.С.* 134

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОМ НЕЙРОНИТЕ 134

ДЫНИН П.С., ЮРИН А.А., ЛИТВИНЕНКО И.В., АТАЯР К.Р. 135

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА 135

ДЫНИН П.С., ЮРИН А.А., ЛИТВИНЕНКО И.В., АТАЯР К.Р. 136

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА 136

ДЬЯЧЕКНО Е.А., ГУЛЯЕВ Н.И. 137

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 137

ЕГОРОВА Е.Н., ВАВИЛОВА Т.В.[2] 138

АКТИВНОСТЬ ФАКТОРА VIII У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 138

ЕГОРОВА Е.Н.[1], ВАВИЛОВА Т.В.[2], ИВАНОВ А.М.[1] 139

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙСИСТЕМЫГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 139

ЕМЕЛЬЯНЦЕВА.А., ГРАНКИНА.С., ЖЕЛЕЗНЯК И.С.....140

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ КРИТЕРИЕВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА 140

ЕРИЧЕВ А.Н.[1], БОРИСОВ Д.Н.[2], АБРАМОВА И.А.[3] 141

Психообразовательный подход в психиатрии 141

ЕРИЧЕВ А.Н.,[1] ЖУКОВ А.А.,[2] МЕДВЕДЕВ Д.С.[3].....142

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КУРЯЩЕМУ ПАЦИЕНТУ..... 142

ЕРИЧЕВ А.Н.[1], РОДИОНОВ Е.О.[2], ЛОБАЧЕВ А.В.[2] 143

Использование печатных материалов в психотерапии 143

ЕРМОЛЕНКО Д. К., ШИШКИН М.К., КУЛЯШОВА Л.Б. 144

Комплексный подход как способ повышения эффективности 144
противорецидивной вакцинотерапии герпеса 144

ЕФРЕМОВ А.А., БОРИСОВ Д.Н., КУЗИН А.А. 145

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 145

ЖАРКОВ Д.А., КУЗИН А.А., СВИСТУНОВ С.А., КАРПУЩЕНКО В.Г., НИКИШОВ О.Н. 146

К ВОПРОСУ РАННЕЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ..... 146

ЖДАНОВ К.В., ИВАНОВ А.М., ЗАХАРЕНКО С.М., БУЛЫГИН М. А., ЯРЕМЕНКО М. В.,.....147

ГУЛЯЕВА И.В., БАРЫБИНА С.Я. 147

Оценка показателей углеводного обмена у больных 147
хроническим гепатитом С 147

ЖДАНОВ К.В., ИВАНОВ А.М., ЯРЕМЕНКО М.В., ЗАХАРЕНКО С.М., БУЛАНЬКОВ Ю.И., ШАХМАНОВ Д.М., ЖАБРОВ С.С., ЖАНАРСТАНОВА Г.А.....148

Оценка коморбидности у больных хроническим гепатитом С 148

ЖДАНОВ К.В., ИВАНОВ А.М., ЯРЕМЕНКО М.В., ЗАХАРЕНКО С.М., НИКИТИН В.Ю., ...149

СУХИНА И.А., МЕШКОВА М.Е., ШИРИНАИ.В. 149

Оценка показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим гепатитом С с учетом коморбидности..... 149

ЖЕКАЛОВ А.Н., ПЕРШИН В.Н., КРЮЧКОВА А.С., БОГДАНОВА Е.Г.,ЦЕПКОВА Г.А., АРЖАВКИНА Л.Г. 150

Система восстановительного лечения висцеральной патологии у лиц с механической травмой в разные периоды травматической болезни 150

ЖЕКАЛОВ А.Н., ТКАЧУК Н.А, ПРОТАСОВ О.В., ЦЕПКОВА Г.А., ПЕРШИН В.Н.....151

ЗНАЧЕНИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ ДЛЯ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ТРУДА НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ 151

ЖЕЛЕЗНЯК С.Г., ДАУРАНОВ Б.Б., СЛОБОДЯНИК В.А. 152

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ УЧЕТА МИНЗДРАВА РОССИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ..... 152

ЖЕЛЕЗНЯК С.Г.,СЛОБОДЯНИК В.А., ВОРОБЬЕВ Б.Ю., ДАУРАНОВ Б.Б. 153

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ 153

ЖЕЛЕЗНЯК С.Г., ТОПТЫГИН С.В., ДАУРАНОВ Б.Б.....154

ОПЫТ РАБОТЫ ВРАЧА-НЕЙРОХИРУРГА КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА..... 154

ЖЕЛЕЗНЯК С.Г., КОК Г.В, КОК Б.Б., КИРИЛЛОВА О.Л.,ТОПТЫГИН С.В. 155

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИБС У БОЛЬНЫХ С ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. 155

ЖУКОВ А.А.[1], АБРАМОВА И.А.[2], МЕДВЕДЕВ Д.С.[3] 156

ЭВАКУАЦИЯ РАНЕНЫХ В ВОЙНЕ В ЮЖНОМ ВЬЕТНАМЕ (1961-1975 гг.).ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ТАКТИЧЕСКОЙ ЭВАКУАЦИИ 156

ЖУКОВ А.А.[1], ЕРИЧЕВ А.Н.[2], ЛОБАЧЕВ А.В.[1] 158

ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 158

ЖУКОВ А.А.[1], БОРИСОВ Д.Н[1]., КОРНИЛОВА А.А[2]. 158

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНОЙ СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РОТЫ МОТОСТРЕЛКОВОЙ БРИГАДЫ 158

ЗАГОРУЛЬКО Н.А., КУДРЯВЦЕВА А.В., ЖЕЛЕЗНЯК И.С. 159

ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОФАЗНОЙ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ 159

ЗАГОРОДНИКОВ Г.Н., ЗАГОРОДНИКОВ А.Г. 160

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА 160

ЗАХАРОВ М.В., КОРОЛЬКОВ О.А., ЖЕЛЕЗНЫЙ О.Г., СИЗОВ Д.Н., ПОТАПЧУК В.Б. 161

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ..... 161

ЗАХАРОВ М.В., ПОТАПЧУК В.Б., СИЗОВ Д.Н. 162

ПРИМЕНЕНИЕ «НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТА АНТИБИОТИКОВ» В СОСТАВЕ ОПЕРАЦИЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ 162

ЗАХАРОВ М.В., ПОТАПЧУК В.Б., СИЗОВ Д.Н. 163

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТААНТИБИОТИКОВ» У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 163

ЗАХАРОВ М.В., ПОТАПЧУК В.Б., ЖЕЛЕЗНЫЙ О.Г. 164

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИИ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РАБДОМИОЛИЗЕ 164

ЗАХАРОВА Н.Г.[1], ДВОРАК С.И[1,2],СТЕПАНОВА Е.В.[1], БОЛЕХАН В.Н. [2], ОРЛОВА Е.С. [2], ГУСЕВ Д. А[1]. 165

ОЦЕНКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ..... 165

ЗИМИНА В.Ю., ЖУКОВСКИЙ Н.С., КАРЧИКЬЯН П.О., САВИНОВА Е.Б., НАЗАРОВ Е.М., ТЕПЛЯКОВ Д. В. 166

ПРОБЛЕМЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО РИСКА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ 166

ЗОБОВ А.Е., КУЗИН А.А. 166

АСПЕКТЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЯХ 166

ИВАНОВ А.С., АЗИЗОВ М.Н., ЛУКАВЕЦКИЙ А.А. 167

СРАВНЕНИЕ ЦВЕТА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ КОЛОРИМЕТРА 167

ИВАНУСАС.Я., ЛАЗУТКИНМ.В., ШЕРШЕНЬД.П., ЕЛИСЕЕВА.В., ЩЕРБАКОВН.В. 168

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА. 168

ИВАНУСА С.Я., ЛИТВИНОВ О.А., ОННИЦЕВ И.Е., ИГНАТОВИЧ И.Г., АРУТЮНЯН О.А., НАВМАТУЛЯ А.Ю., ЖИТИХИН Е.В. 169

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ 169

ИВАНУСА С.Я., ОННИЦЕВ И.Е., ЯНКОВСКИЙ А.В. 170

РЕИНФУЗИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНО МОДИФИЦИРОВАННОЙ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ. 170

ИЕРНЕГОВ В.В. ФАРХУЛЛИН А.И. 171

МЕТОД НАПРАВЛЕННОЙ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВЫХ СЕТОК ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ОДНОВРЕМЕННО ПО ГОРИЗОНТАЛИ И ПО ВЕРТИКАЛИ. 171

ИОРДАНИШВИЛИ А.К., ВЕРЕТЕНКО Е.А. 172

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И НУЖДАЕМОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ 172

ИОРДАНИШВИЛИ А.К., ГУК В.А., ДУБОВА А.С., ДАНИЛОВ Д.Ю. 173

ПСЕВДОАРТРОЗ КАК РЕЗУЛЬТАТ ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП....173

ИОРДАНИШВИЛИ А.К., МИРОНЕНКО А.Н., ЖДАНЮК И.В. 174

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ 174

ИОРДАНИШВИЛИ А.К., СЛУГИНА А.Г., СЕРИКОВ А.А., САМСОНОВ В.В. 175

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ СТАРЕНИИ....175

ИСКРА Д.А., ДЫСКИН Д.Е., СУВОРОВ А.В. 176

ПОСТВАСКУЛЯРНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ 176

КАБАНОВ М.Ю., АКСЕНОВА Т.Е., ЯКОВЛЕВА И.А., ...177

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 177

КАБАНОВ М.Ю., ЯКОВЛЕВА Д.М., СЕМЕНЦОВ К.В., ОПЕНЧЕНКО С.В, ЯКОВЛЕВА И.А., АКСЕНОВА Т.Е.. 178

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА....178

КАБАНОВ А.И., ЧУРАШОВ С.В., САВЧЕНКО И.Ф. 179

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА ДО И ПОСЛЕ РЕФОРМ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2009 г. 179

КАЛЕКО С.П., ВИЛЬЯНИНОВ В.Н., ПОПОВА Н.Н., САВЕЛЬЕВА Л.П., РОМАНЕНКО С.М. 180

СИСТЕМА БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТНЫХ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ 180

КАЛЕКО С.П., ВИЛЬЯНИНОВ В.Н., ПОПОВА Н.Н., РОМАНЕНКО С.М. 181

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНОРСТВА КРОВИ И ГЕМОКОМПОНЕНТОВ В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ СЛУЖБЫ КРОВИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 181

КАЛИМУЛЛИНА А.Ф., ТКАЧЕНКО А.Н., АЛКАЗ А.В. 182

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ 182

КАЛЯДИН С.Б. 183

ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДУПЛЕКСНОГО 183

КАРАМУЛЛИН М.А., ЕРЕСЬКО С.Е, СОЛОВЬЕВ М.В., ЛЕМЕЩЕНКО А.В., СТРУКОВ Е.Ю.ГОЛУБЕНКО Р.А., КЛОЧКОВА И.В. 183

ИТОГИ РАБОТЫ ПОДКОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В 2015 ГОДУ 183

КАРАМУЛЛИН М.А., ЕРЕСЬКО С.Е, СОЛОВЬЕВ М.В., ЛЕМЕЩЕНКО А.В., СТРУКОВ Е.Ю.ГОЛУБЕНКО Р.А., КЛОЧКОВА И.В. 185

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ЗАДАЧИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДКОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В 2015 ОТЧЕТНОМ ГОДУ. 185

КАРАМУЛЛИН М.А., ЕРЕСЬКО С.Е, СОЛОВЬЕВ М.В., ЛЕМЕЩЕНКО А.В., СТРУКОВ Е.Ю. ГОЛУБЕНКО Р.А., КЛОЧКОВА И.В. 187

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИТОГОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДКОМИССИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ЗА 2015 ГОД 187

КАРИМОВА А.М. ГЛУХОВСКОЙ Д.В. 188

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 188

КАРПУЩЕНКО В.Г., ДАНЦЕВ В.В., КУЗИН А.А., ЖАРКОВ Д.А. 189

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНОГО ТЕСТА С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ 189

КАРПУЩЕНКО В.Г., КУЗИН А.А., КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., СВИСТУНОВ С.А., ЛОМАКИН Д.Н. 190

ОЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ 190

КАЧМАЗОВАЭ.С., МЕНЬКОВИ.А. 191

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛИПОМАТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБЛАСТИ ЖИВОТА 191

КИРЕЕВА Е.Б., ГУСЬКОВ А.С., СИНЯЧКИН Д.А., ПЕРШКО В.А., АНТОНЮК Т.В. 192

ОСТЕОПОРОЗ – МУЛЬТИДИСПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА, ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ 192

КОВАЛЕВ С.В., ГОРДИЕНКО А.В, СОТНИКОВ А.В. 193

ВЛИЯНИЕ СТАТУСА ПИТАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ, ПОДВЕРГШИХСЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ, НА ЧАСТОТУ ПНЕВМОНИИ В УЧЕБНОМ ЦЕНТРЕ ВКС В МИРНОЕ ВРЕМЯ 193

КОВАЛЕНКО А.В. 194

ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 194

КОВАЛЕНКО А.В., ГАВРИЛЮК Б.Л., КОВАЛЕНКО И.Ю 195

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ «НЕЙРО-МВП» 195

КОВАЛЕНКО А.П.[1], ФУРСОВА И.В.[2], ЗАХАРОВ Д.В.[2] 196

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАМПТОКОРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА 196

КОЗЛОВСКИЙ С.Н. 197

ПРОФИЛАКТИКА КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА 197

КОЛОМЕНЦЕВ С.В., ВОЗНЮК И.А., ЗУЕВА О.Н., РОШКОВСКАЯ Л.В., ЗАБИРОВ С.Ш., ИЛЬИНА О.М., ПОМЕТЬКО Д.В. 198

КОМОРБИДНОСТЬ И ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 198

КОЛОМЕНЦЕВ С.В., ВОЗНЮК И.А., ЦЫГАН Н.В., ЗУЕВА О.Н., ПРИВАЛОВА М.А.,..... 199

ПОМЕТЬКО Д.В. 199

ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 199

КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., РУДЬ А.А., ФЕДОРОВА Ю.А., КАЛЕНЯК А.А., МИРОШНИЧЕНКО Е.И., СПЕРАНСКАЯ А.Е., ЛОМАКИН Д.Н. 200

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОРИТ) КЛИНИКИ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ (ВПХ) ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА. 200

КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., ШВЕРОВА Н.Ф., ЛОМАКИН Д.Н. 201

ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА 201

КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., ШМИДТ А.А., ШВЕРОВА Н.Ф., ОРЛОВА Е.С., УСАНКИН И.С., ЛОМАКИН Д.Н. 202

ПРОБЛЕМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ 202

КОЛОСОВСКАЯЕ.Н., ЩЕГОЛЕВА.В., ЛЕБЕДЕВВ.Ф., САВИНАВ.А., ЛОМАКИН Д.Н. 203

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЕПСИСА. 203

КОЛЮБАЕВА С.Н., КИССЕЛЬ А.В., ИСАКОВА Т.В., ВИКТОРОВА Н.А., МЯКОШИНА Л А, ... 204

ТИТОВА А.А., ПОЛЯКОВ А.С. 204

ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ОКРАШЕННЫХ ХРОМОСОМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА 204

КОЛЮБАЕВА С.Н., КУЛАГИНА К.О., КРИВОРУЧКО А.Б., ПЕТРОВА И.С.,ИВАНОВ А.М. 205

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА 205
МЕТОДОМ ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЯ 205

КОЛЮБАЕВА С.Н., КУЛАГИНА К.О., СКАЧКОВА О.В., МЯКОШИНА Л.В., ЖАБРОВ С.С.,..... 206

ИВАНОВ А.М. 206

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АЛЛЕЛЕЙ ГЕНА HLADRB1 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С 206

КОМАРОВ Ф.И., ИОРДАНИШВИЛИ А.К. 207

ОСТРАЯ ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ: РЕМАРКИ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ. 207

КОНОНОВ В.Н., ЛИХОГРА И.А., ГАЙНОВ В.С. 209

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧЕБНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ИМУЩЕСТВОМ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА 209

КОРНИЛОВА А.А.[1], ЖУКОВ А.А.[2],ЕРИЧЕВ А.Н.[3] 210

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ ВОЕННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЮЖНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА 210

КОРНИЛОВА А.А.[1], МЕДВЕДЕВ Д.С.[2], БОРИСОВ Д.Н.[3] 211

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АВТОМАТИЗАЦИИ ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ЧАСТЯХ И ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ 211

КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.А, РЫСЕВ А.В, ЛЯХОВЕЦ Е.Г.,ФЕДОРОВ А.Н. 212

Острая декомпенсация сердечной недостаточности на фоне фибрилляции предсердий и синусового ритма – есть ли различия в течении и прогнозе?....212

КОСТИН Д.В., АБРИТАЛИН Е.Ю., КИСЕЛЕВА Н.В., ЗЕНИНА Е.А., СКОРОБОГАТОВА Е.А. 213

Определение склонности к отклоняющемуся поведению у курсантов 1 курса Военно-медицинской академии им. с.м. кирова 213

КОСТИН Д.В., АБРИТАЛИН Е.Ю., КИСЕЛЕВА Н.В., ЗЕНИНА Е.А., СКОРОБОГАТОВА Е.А. 214

Психокоррекционные мероприятия с курсантами 1 курса Военно-медицинской академии им. с.м. кирова 214

КОТЛЯРОВ С.В., МАРТЫНЮК И.И., ЖЕЛЕЗНЯК С.Г. 215

АДАПТИВНОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ 215

КРАВЦОВ М.Н., АЛЕКСЕЕВ Е.Д., ЕЛЬКИН Д.А., СВИСТОВ Д.В. 216

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА....216

КРАВЦОВ М.Н., БУЛЫЩЕНКО Г. Г., ОРЛОВ В.П., МИРЗАМЕТОВ С.Д., СВИСТОВ Д.В. 217

ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСФОРАМИНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА. 217

КРАВЦОВ М.Н., ЕЛЬКИН Д.А., АЛЕКСЕЕВ Е.Д., СВИСТОВ Д.В. 218

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА 218

КРАВЧУК Ю.А., ГРИБКОВА А.А. 219

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 219

КРАСАКОВ И.В., ЛИТВИНЕНКО И.В. 220

ВЛИЯНИЕ ГЛУБОКОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКИХ ЯДЕР НА АРХИТЕКТОНИКУ СНА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА 220

КРОПОТОВ П.С., ТИХОМИРОВА О.Е., БОЙКОВ И.В., ПРИПОРОВА Ю.Н. 221

ВОЗМОЖНОСТИ СОВМЕЩЕННОЙ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ....221

КУДРЯВЦЕВА А.В., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., КОЛУНОВ А.В. 222

МНОГОФАЗНАЯ СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРИЧИН МЕХНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ГЕНЕЗА....222

КУДРЯВЦЕВА А.В., КАШКИН Д.П. 223

МНОГОФАЗНАЯ СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИНЕНТОВ С ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 223

КУЗИН А.А., ГОНЧАРЕНКО А.Ю., ЛЕМЕШКИН Р.Н. 223

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 223

КУЗИН А.А., ЕФРЕМОВ А.А., СИВАЩЕНКО П.П. 224

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА 224

КУЗИН А.А., СВИСТУНОВ С.А., СУБОРОВА Т.Н., ЖАРКОВ Д.А. 225

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АСПЕКТЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ 225

КУЗИН А.А., СЫРОЕЖКИН Ф.А., БОРИСОВ Д.Н. 226

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 226

КУЗНЕЦОВА Л.К. 227

ОСОБЕННОСТИ МОРФОГЕНЕЗА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 227

КУЗНЕЦОВА Л.К. 228

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЖЕЛУДОЧНЫЙ ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗ 228

КУЗЬМИЧЕВ В.Л., КУЧМИН А.Н., НАГОРНЫЙ М.Б. 229

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА 229

КУЗЬМИЧЕВ В.Л., КУЧМИН А.Н., ЯРОСЛАВЦЕВ М.Ю., ДЕМЬЯНОВ В.Ф.*, ... 229

ПРОГНОЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. 229

КУЗЬМИЧЕВ В.Л., КУЧМИН А.Н., ЯРОСЛАВЦЕВ М.Ю., СВЕКЛИНА Т.С. 230

ВОЗМОЖНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА И 230
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 230

КУРТУКОВ М.В., ЗАХАРЕНКО С.М., ЗУБИК Т.М. 231

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ. 231

КУРЫГИН А.А., СЕМЕНОВ В.В. 232

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА НА ОРГАНАХ ЖИВОТА 232

КУЧЕЕВ И.О., РАДЫШ В.Г., ИВАНОВ М.А., ПОЛИКАРПОВ А.В. 233

ЛЕЧЕБНАЯ АРТРОСКОПИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 233

КУЧЕРЕНКО А.Д., АДМАКИН А.Л., КУЗНЕЦОВ И.М., ВОЛКОВ А.П., ФЁДОРОВ К.С. 233

ОПУХОЛИ КОЖИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ 233

КУЧЕРЕНКО А.Д., АДМАКИН А.Л., КУЗНЕЦОВ И.М., ЕСАЯН И.Л. 234

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ 234

КУЧЕРЕНКО А.Д., КУЗНЕЦОВ И.М., ГРИЩЕНКОВ А.С., ФЕДОРОВ К.С. 235

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАНЕНИЙ ГРУДИ ИЗ НЕЛЕТАЛЬНОГО КИНЕТИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ 235

КУЧЕРЕНКО А.Д., СКВОРЦОВ Ю.Р., КУЗНЕЦОВ И.М., ВОЛКОВ А.П., ФЁДОРОВ К.С. 236

МЕЛАНОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 236

КУЧЕРЕНКО А.Д., ЧУПРИНА А.П., МАРЬЕВА О.Г., СМОЛИН А.В. 237

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МО РФ 237

КУЧМИН А.Н., ГАЛОВА Е.П., ЗУБАКОВА М.В., БОРИСОВ И.М. 238

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПО СРАВНЕНИЮ С КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППОЙ 238

КУЧМИН А.Н., ГАЛОВА Е.П., КАЗАЧЕНКО А.А., УМАНСКАЯ Е.П., МАЛОВ Ю.С. 238

«СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ АРИТМИИ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ» 238

КУЧМИН А.Н., КАЗАЧЕНКО А.А., МАКАРОВА И.В., КУЛИКОВ А.Н., ЕВСЮКОВ К.Б., МАЛОВ Ю.С., НАГОРНЫЙ М.Б. 239

«Особенности клинических проявлений синдрома обструктивного апноэ во время сна у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса». 239

КУЧМИН А.Н., КАЗАЧЕНКО А.А., МАКАРОВА И.В., ШУЛЕНИН С.Н., УМАНСКАЯ Е.П., БОРИСОВ И.М., НАГОРНЫЙ М.Б. 240

«Эффективность CPAP-терапии в комплексном лечении больных ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка и тяжелым обструктивным синдромом апноэ во время сна». 240

КУЧМИН А.Н., КУЛИКОВ А.Н., КАЗАЧЕНКО А.А., ГАЛАКТИОНОВ Д.А., ПОТАПОВ Е.А., ГАЛОВА Е.П, БОРИСОВ И.М., НАГОРНЫЙ М.Б. 240

«СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ» 240

КУЧМИН А.Н., КУЛИКОВ А.Н., КАЗАЧЕНКО А.А., ГАЛАКТИОНОВ Д.А., ШУЛЕНИН С.Н., МАКАРОВА И.В., ЗУБАКОВА М.В., НАГОРНЫЙ М.Б. 241

«ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ» 241

КУЧМИН А.Н., НАГОРНЫЙМ.Б., ГАЛАКТИОНОВ Д.А. КУЗЬМИЧЕВ В.Л., КАЗАЧЕНКО А.А. 242

ПОВТОРНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕНСИТИЗАТОРА КАЛЬЦИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 242

А.Н КУЧМИН, С.Н. ШУЛЕНИН, И.М. БОРИСОВ....243

Н.Н.САВИЦКИЙ–РОДОНАЧАЛЬНИК УЧЕБНОЙДИСЦИПЛИНЫ 243
«ПРОПЕДЕВТИКАВНУТРЕННИХБОЛЕЗНЕЙ»ВВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ 243
АКДЕМИИ 243

ЛАДОНИНАС.В. [1], ТРУФАНОВ Г.Е. [1,3], БЕЗМЕНКО[2] А.А. 244

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН 244

ЛАСКИН А.В. 245

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ АСКАРИДОЗА 245

ЛЕБЕДЕВА О.С., БОЛДЫРЕВА Ю.С. 246

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО БИОРЕЗОНАНСНОГО ПОРТАТИВНОГО ПРИБОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 246

ЛЕВИНА Е.М. [1], КУШТАН Т.Ю. [2], ПОПЛАВСКИЙ А.И. [3], ЮРКИН А.К. [1], ГАВРИЩУК Я.В. [4], ДЕМЬЯНЕНКО Н.Ю. [1] .247

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД 247

ЛЕВИНА Е.М. [1], КУШТАНТ.Ю. [2], ПОПЛАВСКИЙА.И. [3], ЮРКИНА.К. [1], ГАВРИЩУКЯ.В. [4]. 248

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД 248

ЛЕВИНА Е.М. [1], ЮРКИН А.К. [1], ПОПЛАВСКИЙ А.В. [2], МАКСИМОВ А.Г. [1], ДЕМЬЯНЕНКО Н.Ю. [1] 249

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ИВАРИАБЕЛЬНОСТИ ПУЛЬСОВОГО РИТМА 249

ЛЕВИНА Е.М. [1], КУШТАН Т.Ю. [2], ПОПЛАВСКИЙ А.И. [3], ЮРКИН А.К. [1], ГАВРИЩУК Я. В. 250

ОЦЕНКА СПЕКТРА ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД 250

ЛЕМЕШКИН Р.Н., ЕФРЕМОВ А.А., БОРИСОВ Д.Н. 250

К вопросу об определении понятия «чрезвычайная ситуация социального характера» 250

ЛЕМЕШКИН Р.Н., СИВАЩЕНКО П.П., ГОНЧАРЕНКО А.Ю. 252

Определение различий и закономерностей в лечебно-эвакуационных мероприятиях у военнослужащих с невротическими расстройствами в условиях чрезвычайной ситуации социального характера 252

ЛЕМЕШКИН Р.Н., СЫРОЕЖКИН Ф.А., КУЗИН А.А. 253

Правовые нормы защиты жизни и здоровья пострадавших граждан от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций 253

ЛИСИЦЫНА Е.А., БАРАЗЕНКО К.В. 255

Повышение адаптации к учебному процессу у учащщихся вузов 255

ЛИТВИНЕНКО Е.В., ЛЕОНОВ В.И.* 256

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРПОРАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ, АУРИКУЛОТЕРАПИИ И ТЕРМОПУНКТУРЫ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ 256

ЛИТВИНЕНКО И.В., БАЗИЛЕВИЧ С.Н., ЕМЕЛИН А.Ю., КОХАНСКИЙ Н.П., АНДРЕЕВ Р.В. 257

КРИТЕРИИ СТОЙКОГО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА 257

ЛИТВИНЕНКО И.В., БАЗИЛЕВИЧ С.Н., ЕМЕЛИН А.Ю., КОХАНСКИЙ Н.П., АНДРЕЕВ Р.В. 258

ЗНАЧЕНИЕ ЭЭГ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 258

ЛИТВИНЕНКО И.В., БАЗИЛЕВИЧ С.Н., ЕМЕЛИН А.Ю., ПЕРСТНЕВ С.В.*, АНДРЕЕВ Р.В. 259

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 259

ЛИТВИНЕНКО И.В., КРАСАКОВ И.В. 260

РАССТРОЙСТВО ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА 260

ЛИТВИНЕНКО И.В., ЮРИН А.А., ВОРОБЬЕВ С.В., ТРУФАНОВ А.Г. 261

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОДЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 261

ЛИТВИНЕНКО И.В., ЮРИН А.А., ВОРОБЬЕВ С.В., ТРУФАНОВ А.Г. 262

КЛИНИЧЕСКАЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ 262

ЛИТВИНЦЕВ Б.С., ВОРОБЬЕВА М.Н. 263

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 263

ЛИТВИНЦЕВ Б.С., ЛИТВИНЦЕВ С.В.*, ЕФИМЦЕВ А.Ю., БАЛАН В.Г. 264**

О ВАЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ИЗУЧЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЯХ 264

ЛИТВИНЦЕВ Б.С., ПУТИЛИНА Д.А. 265

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КОКАИНА 265

ЛИТВИНЦЕВ Б.С., ХАРИН А.Д., ЕФИМЦЕВ А.Ю.* 266

Возможности традиционной магнитно-резонансной томографии в диагностике токсических поражений головного мозга 266

ЛИТВИНЦЕВБ.С., ШЕРМАТЮКЕ.И., ЕФИМЦЕВА.Ю.* 267

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ .. 267

ЛОБАЧЕВ А.В.[1],ЕРИЧЕВ А.Н.[2], КОРНИЛОВА А.А.[3] 268

Использование печатных материалов в психотерапии 268

ЛОБАЧЕВ А.В.[1], РОДИОНОВ Е.О.[1], ЕРИЧЕВ А.Н.[2] 269

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 269

ЛОБЗИН В.Ю., ВОРОБЬЁВА М.Н., ЦЫПЛАКОВ О.В. 270

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СРАВНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ И НИЗКОЧАСТОТНОЙ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ 270

ЛОБЗИН В.Ю., КОЛМАКОВА К.А. 271

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРЕМОРБИДНЫХ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА МАНИФЕСТАЦИЮ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ 271

ЛЫСАНЮК М.В., МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н. 272

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 272

МУЗУРОВК.В., ХАЛИМОВЮ.Ш., ФОМИЧЁВА.В., ВЕТРЯКОВО.В. 275

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ГЛИЦИЛ-ЦИСТЕИНИЛ-ГЛУТАМАТ ДИНАТРИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ КОРВАЛОЛОМ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ 275

МУЗУРОВК.В., ХАЛИМОВЮ.Ш., ФОМИЧЁВА.В., МАЛЫШЕВАЕ.В. 276

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ГЛИЦИЛ-ЦИСТЕИНИЛ-ГЛУТАМАТ ДИНАТРИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ 276

МАЙСТРЕНКОН.А.[1], РОМАЩЕНКОП.Н.[1], ПРЯДКОА.С.[2], МИХАЛЬЧЕНКОГ.В.[2], ПРИШВИНА.П.[3], ... 277

ЯКОВЛЕВП.Н.[3], КРИВОЛАПОВД.С.[1] 277

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ У БОЛЬНЫХ С ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 277

МАЙСТРЕНКОН.А.[1], РОМАЩЕНКОП.Н.[1], ПРЯДКОА.С.[2], МИХАЛЬЧЕНКОГ.В.[2], ПРИШВИНА.П.[3], ... 278

ЯКОВЛЕВП.Н.[3], КРИВОЛАПОВД.С.[1] 278

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 278

МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н., ЯГИН М.В. 279

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ 279

МАЙСТРЕНКОН.А.[1], ХВАТОВА.А.[2], САЗОНОВ А.А.[1] 280

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ 280

МАЛОВЮ.С. 281

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СИСТОЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ 281

МАЛОВЮ.С. 282

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 282

МАРКЕВИЧ Н.С., ЯГАШКИНА С.И., АРТЮХОВА В.А. 283

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОКС У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 283

МАРТЫНЮК И.И., ЖЕЛЕЗНЯК И.С. 284

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ И РЕЧЕВОЙ АКТИВАЦИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ФОКАЛЬНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ. 284

МАРТЫНЮК И.И., ЖЕЛЕЗНЯК С.Г., ВОРОБЬЕВ Б.Ю. 285

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. 285

МЕДВЕДЕВ Д.С.[1], ЕРИЧЕВ А.Н.[2], АБРАМОВА И.А.[3] 286

МЕТОДИКА ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОПЕРАТОРСКОГО ПРОФИЛЯ 286

МЕДВЕДЕВ Д.С.[1], КОРНИЛОВА А.А.[2], ЖУКОВ А.А.[3] 288

Экспрессия сигнальных молекул в эндотелии сосудов при старении invitro под влиянием электромагнитного излучениямиллиметрового диапазона 288

МЕДВЕДЕВ Д.С.[1], ЛОБАЧЕВ А.В.[2] БОРИСОВ Д.Н.[2] 289

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 289

МЕДВЕДЕВА Ю.И., КУРАСОВ Е.С., БАУРОВА Н.Н. 291

К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ 291

МЕДВЕДЕВА Ю.И., КУРАСОВ Е.С., СВЕЧНИКОВ Д.В. 292

ДИНАМИЧЕСКИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 292

МЕДВЕДЕВА Ю.И., СВЕЧНИКОВ Д.В., КУРАСОВ Е.С. 293

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭГОСКОПИИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ 293

МЕНЬШИКОВ М.С., ПОТАПОВА Т.В. 294

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТОПДИАРА У ВЗРОСЛЫХ С ОКИ, ВЫЗВАННОЙ НЕУСТАНОВЛЕННЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ 294

МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., РОДИОНОВ Е.О., МУСТАЕВ О.З. 295

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ВЫСВОБОЖДАЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 295

МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., РОДИОНОВ Е.О., ТИХОНОВ А.В., ЩЕРБА М.П. 295

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ СОВРЕМЕННОЙ ВОЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ 295

МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., ЩЕРБА М.П., РОДИОНОВ Е.О., ТИХОНОВ А.В. 296

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВВОЕННОМ И ГРАЖДАНСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ 296

МИХАЙЛЕНКОА.А., КРАСНОРУЖСКИЙА.И., ГУСЕВАН.А. 297

Неврологическая семиотика: клиническое значение некоторых модификаций рефлекса Бабинского 297

МИХЕЕВА.В., РУСЕВ И.Т., ШИНКАРЕВА О.Г. 298

РОЛЬ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННОМ ГОСПИТАЛЕ 298

МИРОНЕНКО А.Н.,ИОРДАНИШВИЛИ А.К., БОБУНОВ Д.Н., ЛЕЩУК Г.С. 300

МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 300

МОРОЗОВ С.Л., КУЛИКОВ А.Н., СМИРНОВ С.В., ПОТАПОВ Е.А., ДИСКАЛЕНКО О.В., КУЧМИН А.Н., ИЗОТОВА А.Б., ЧЕРНЯХОВСКАЯ А.А. 301

АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ЧТО В АРСЕНАЛЕ У ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА? 301

МУЗЫКИН М.И., ПОПЛАВСКИЙ Д.В., ЛЕЩУК Г.С., ИОРДАНИШВИЛИ А.К. 302

КОНСЕРВАЦИЯ ЛУНКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 302

МУРЗИНА Е.В., ВЕСЕЛОВА О.М., ГУБАНОВ А.И., КАШИРЦЕВА Е.В. 303

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМУЛЬСИИ НА ОСНОВЕ ПЕРФТОРУГЛЕРОДОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 303

МУРЫВАНОВА Н.Н.[1] БУЛАНЬКОВ Ю.И.[2], БЕЛОЗЕРОВ Е.С.[2], ...304

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И НАРКОТИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ, КАК ФАКТОР ИНФИЦИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 304

МУСИНОВ И.М. 305

ГИПЕРКАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРКОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 305

МУЧАИДЗЕ Р.Д., ДАНЦЕВ В.В., СПИЦЫН М.Г., ШИТОВ Ю.Н. 306

ГЕННО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ - НОВЫЙ ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В XXI ВЕКЕ 306

МУЧАИДЗЕ Р.Д., ДАНЦЕВ В.В. 307

ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 307

НАДУЛИЧ К.А, ТЕРЕМШОНОК А.В., НАГОРНЫЙ Е.Б., ШМЕЛЕВА Е. С., КАПИЛЕВИЧ Б. Я. 308

ОЦЕНКА МР-ПРИЗНАКОВ СЕГМЕНТАРНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАИТИВНЫМ СПОНДИЛОЛИТЕЗОМО 308

НАЗАРОВ Ю.В.[1], БОЖЧЕНКО А.П. [2] 309

ПОВРЕЖДЕНИЕ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА ПИЛОЙ: СЛУЧАЙ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ 309

НАЗАРОВ Ю.В., НАЗАРОВА Н.Е. 310

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАНЕСЕННЫХ САБЕЛЬНЫМИ ЭЛЕКТРОПИЛАМИ 310

НАУМОВ К.М., ВОРОБЬЕВ С.В., СТЕПАНОВ А.В., ДАЦКО А.В.* 311

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 311

НЕЧИПОРЕНКО В.В., ЛЫТКИН В.М., МЕДВЕДЕВ Н.П., СТАЛЬЦОВ С.П., ...312

К ВОПРОСУ О ДИМЕНСИОНАЛЬНОМУ ПОДХОДУ В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ 312

НИКОЛЬСКАЯ С.А., ЛОБАЧЕВ А.В., БОРИСОВ Д.Н. 313

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕДОСТОВЕРНОСТИ ИНФОРМАЦИИ ПО НЕВЕРБАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 313

НОВИКОВ Е.И., БЕСКРОВНЫЙ С.В., БАЗОЛИНА Е.А., ТИМОШКОВА Ю.Л., ФОМИНА М.С. 314

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ 314

ОДИНАК М.М., ЕРОФЕЕВ А.А., МИРНАЯ Д.А., ЯНИШЕВСКИЙ С.Н., ГОЛОХВАСТОВ С.Ю., ЦЫГАН Н.В. 315

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭВЕРСИОННОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ 315

ОДИНАК М.М., ЛИТВИНЕНКО И.В., ВОЗНЮК И.А., ЯНИШЕВСКИЙ С.Н., ГОЛОХВАСТОВ С.Ю., ЦЫГАН Н.В., МИРНАЯ Д.А. 316

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 316

ОДИНАК М.М., ПРОКУДИН М.Ю., СКИБА Я.Б.*, МОИСЕЕВА А.М. 317

ОСОБЕННОСТИ СЕМИОТИКИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНОЙ И ЛОБНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ 317

ОДИНАК М.М., ЯНИШЕВСКИЙ С.Н., ГОЛОХВАСТОВ С.Ю., ЦЫГАН Н.В., МИРНАЯ Д.А., АНДРЕЕВ Р.В. 318

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИКОАГУЛЯНТОНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ 318

ОДИНАК М.М., ЯНИШЕВСКИЙ С.Н., ГОЛОХВАСТОВ С.Ю., ЦЫГАН Н.В., ПОЛУШИН А.Ю., МИРНАЯ Д.А.,АНДРЕЕВ Р.В. 319

ЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ 319

ОПЕНЧЕНКО С.В., КВЕТНЫЙ М.Б. 320

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 320

ОРЛОВА Е.С., БУЛАНЬКОВ Ю.И., КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., ШУКЛИНА А.А., РЯБКОВ Д.В., УЛЮКИН И.М. 321

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ 321
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МО РФ 321

ОСИПОВ А.В.([1,2]), СУРОВ Д.А.([2]), ДЕМКО А.Е.([1]), УНГУРЯН В.М.([1]), СВЯТНЕНКО А.В.([1]), МАРТЫНОВА Г.А.([1]), ЛЫЧЕВ А.Б.([2]) 322

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 322

ОСИПОВ А.В.([1,2]), СУРОВ Д.А.([2]), ДЕМКО А.Е.([1,2]), УНГУРЯН В.М.([1]), СВЯТНЕНКО А.В.([1]), МАРТЫНОВА Г.В.([1]), ЛЫЧЕВ А.Б.([2]) 323

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ FASTTRACKSURGERY(FTS) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ 323

ОСИПОВ А.В.([2,1]), УНГУРЯН В.М.([2]), СОЛОВЬЕВ И.А.([1]), СУРОВ Д.А.([1]) 324

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ 324

ОСТРОМЕНСКИЙ В.В., БОРИСОВ А.В., КАПЛУН И.Б. 325

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. 325

ОСТРОМЕНСКИЙ В.В., БОРИСОВ А.В., КАПЛУН И.Б. 326

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. 326

ПАВЛОВИЧ И.М. 327

ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ КАК ПРЕДРАКОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДКА 327

ПАНОВ В.В., КИМ И.Ю. 328

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗДЕЛЬНОЙ ОМЕНТОБУРСОСТОМИИ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА 328

ПАСЕЧНИК Н.Н., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., МИХЕЕВ А.Е., МИХАЙЛОВСКАЯ Е.М. 329

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ 329

ПАТРУШЕВ А.В., СУХАРЕВ А.В., ИВАНОВ А.М. 330

РОЛЬ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА 330

ПЕРСТНЕВ С.В., БАЗИЛЕВИЧ С.Н.* 331

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЗЫВНИКОВ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ 331

ПЕРШИН В. Н., ГАЙДУК В.А., ХАЛИМОВ Ю.Ш., БАБАК А.В., ЦЕПКОВА Г.А.,ЖЕКАЛОВ А.Н, ТКАЧУК Н.А.....332

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ТОКСИКОГЕННОЙ ФАЗЫОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ..... 332

ПЕРШКО В.А.,КИРЕЕВА Е.Б., РУДАЯ Е.Г., ГУСЬКОВ А.С., ПОПОВ А.В. 333

СТРАТЕГИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ, В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ СТАЦИОНАРЕ 333

ПЕТЛЕНКОС.В., ЖЕКАЛОВА.Н., ПЕРШИНВ.Н., ЦЕПКОВАГ.А., ГОЛУБКОВА.В. * 334

Иммунотропная терапия НАРУШЕНИЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСА ФАКТОРОВ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО ЗАХОРОНЕНИЮ И УНИЧТОЖЕНИЮ ПРОМЫШЛЕННЫХ ТОКСИЧНЫХ ОТХОДОВ..... 334

ПЕТЛЕНКО С.В., БОГДАНОВА Е.Г., ЖЕКАЛОВ А.Н., ТКАЧУК Н.А., ГАВРИЛЮК Б.Л., ПЕРШИН В.Н., ЦЕПКОВА Г.А. 334

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ РАБОТЫ С токсикантами НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ 334

ПОПОВ А.В., АНТОНЮК Т.В., КИРЕЕВА Е.Б., РУБЦОВ Ю.Е., ПЕРШКО В.А. 335

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ОКИСЛАМИ АЗОТА..... 335

ПОЛЕЖАЕВ А.В., ЧЕРЕБИЛЛО В.Ю., СВИСТОВ Д.В., САВЕЛЛО А.В., МАРТЫНОВ Р.С., РУДСКОЙ С.С. 336

ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЗЕРНИСТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА (ХОРИСТОМ) 336

ПОНЧЕЕВ Ю.Р., АСЯЕВА Д.А. 337

Анализ 1 этапа аудиологического скрининга по отделению для беременных и рожениц ГБУЗ Городищенская РБ за 5 лет. 337

ПОНЧЕЕВ Ю.Р., ИСХАКОВ М.Я.....338

Случай массивного желудочно-кишечного кровотечения из дивертикула тощей кишки. 338

ПОНЧЕЕВ Ю.Р., МАГДЕЕВ Р.Х. 339

Особенности проведения искусственной вентиляции легких при эвакуации пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях. 339

ПОНЧЕЕВ Ю.Р., ШАЛАНДИН Д.В. 340

Дистанционная диагностика в отделении реанимации. Итоги десятилетней работы. 340

ПОПЛАВСКИЙ Д.В., МУЗЫКИН М.И. 341

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПО УСТРАНЕНИЮ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ (ЧАСТЕЙ) ЧЕЛЮСТЕЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САНКТ-ПЕТРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 341

ПОПОВ В.И., ТУЛУПОВ А.Н., ФУФАЕВ Е.Е., ПОПОВА Т.В. 341

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКИХ..... 341

ПРЯДКО А.С.[1], МАЙСТРЕНКО Н.А.[1], РОМАЩЕНКО П.Н.[1], БОЙКО И.Ю.[2], СЕДЛЕЦКИЙ Р.Р.[2] 342

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАТОМОРФОЗА И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. 342

РАКУЛ С.А.[1], ДЗИДЗАВА И.И.[2], КОТИВ Б.Н.[2], ГЛАДЫШЕВ Д.В.[1,2], ЦИВЬЯН Б.Л.[1], КОВАЛЕНКО С.А.[1], ШЕЛЕГЕТОВ Д.С.[2],МОИСЕЕВ М.Е.[1], ГНЕДАШ С.С.[1].....343

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОГО ХИРКУРГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕВ 343

РОМАНЕНКО С.М., ВАЩЕНКО В.И., БЕЛЬГЕСОВ Н.В., МАЛКОВА И.В., ВАЩЕНКО Т.Н. 344

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ХРАНЕНИИ ДОНОРСКИХ КОМПОНЕНТОВ В БАНКЕ КРОВИ 344

РОМАЩЕНКОП.Н., МАЙСТРЕНКОН.А., ЛЫСАНЮК М.В., ЯНБУХТИНА В.Р. 345

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА 345

РОМАЩЕНКОП.Н., МАЙСТРЕНКОН.А., ПРЯДКОА.С., АЛИЕВ А.К. 346

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ 346
ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ 346

РУБЦОВ Ю.Е., ГУСЬКОВ А.С., УЛУПОВА Е.О., ЩЕТИНИНА К.А. 347

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ 347

РУБЦОВ Ю.Е., КИРЕЕВА Е.Б., ПОПОВ А.В., ПЕРШКО В.А. 348

ОСЛОЖНЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 348

РУБЦОВ Ю.Е., КИРЕЕВА Е.Б., ПОПОВ А.В. УЛУПОВА Е.О. 349

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 349

РУДЬ А.А., КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., ПЕТРОВ А.Н., КОСКИН В.С., ЛОМАКИН Д.Н. 350

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ. 350

РУСЕВ И.Т., КАРАЙЛАНОВ М.Г., БУЦЕНКО С.А., ПРОКИН И.Г. 351

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ 351
КАК СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ 351

РУСЕВ И.Т., КАРАЙЛАНОВ М.Г., БУЦЕНКО С.А., ПРОКИН И.Г. 352

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ 352
НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 352

РУСЕВ И.Т., КАРАЙЛАНОВ М.Г., БУЦЕНКО С.А., ПРОКИН И.Г. 353

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 353
В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ 353

РУСЕВ[1] И.Т., МИХЕЕВ[1] А.В., ЦИТЕЛАДЗЕ[2] А.А. 354

АНАЛИЗ НУЖДАЕМОСТИ ВОСПИТАННИКОВ СУВОРОВСКОГО ВОЕННОГО УЧИЛИЩА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ 354

РУТКОВСКАЯ Н.С., ДНОВ К.В. 355

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЛИГИОЗНОСТЬ И ОККУЛЬТНЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ 355

РУХТИНА О.Л.[1], БУЛАНЬКОВ Ю.И.[2] 356

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ 356

РУХТИНА О.Л.[1], БУЛАНЬКОВ Ю.И.[2] 357

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С РАЗНЫМИ ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ. 357

РЫЖМАН Н.Н., РЕУТСКИЙ И.А., ЛЕМЕЩЕНКО А.В., ДМИТРИЕВ А.В. 358

ДИНАМИКА СТРОИТЕЛЬСТВА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ. 358

САЖИН Т.Г., КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., КОКАРЕВА Е.В., ХАРАКОЗОВ А.С. 362

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ИОХВ) В КЛИНИКЕ 362

САЖИН Т.Г., КОЛОСОВСКАЯ Е.Н., ХАРАКОЗОВ А.С., ЛОМАКИН Д.Н. 364

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ИОХВ) В КЛИНИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГИИ 364

САЛМАНОВ И.Б. 365

АНАЛИЗ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПУЛЬПЫ 365

САЛМАНОВ И.Б. 366

О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ 366

САМОЙЛОВА С. 367

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАРИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМОЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. 367

САМОЙЛОВАС., СЕВРЮКОВВ. 369

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ ВНЕДРЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОДУЛЯ В МЕДИЦИНСКУЮ АНАЛИТИКО-ИНФОРМАЦИОННУЮ СИСТЕМУ АКАДЕМИИ. 369

САМСОНОВ В.В., МКРТЧАН Т.Г., ИОРДАНИШВИЛИ А.К. 370

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЛИЦА 370

САМЦОВ А.В., БЕЛОУСОВА И.Э., ЛАМОТКИН И.А., РУКАВИЦЫН А.О. 371

МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ 371

САМЦОВ А.В., СУХАРЕВ А.В., ПАТРУШЕВ А.В., ИВАНОВ А.М., ПЛАХОВ В.Н. 372

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ 372

КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ 372

САХИН В.Т., ГОРДИЕНКО А.В., ШАХНОВИЧ П.Г., СОТНИКОВ А.В., ПОЛЬКИН А.В. 373

ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ОБЪЕМНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ТЯЖЕСТЬЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ 373

СВЯТНЕНКО А.В.([1]), МАРТЫНОВА Г.В.([1]), ОСИПОВ А.В.([1,2]), УНГУРЯН В.М.([1]), САВЧЕНКОВ Д.К.([2]), БАБКОВ О.В.([1]), САФОЕВ М.И.([1]), БЕЛОВ М.В.([2]), ДЕМКО А.Е.([1,2]), СУРОВ Д.А.([2]) 374

АНТЕГРАДНОЕ НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА 374

СЕВРЮКОВ В.В., БОРИСОВ Д.Н., ИВАНОВ В.В. 375

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА УЧЕТА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (АИС УПССП) 375

СЕМЕЛЕВ В.Н., ТЫРЕНКО В.В., НИКИТИН В.Ю., ТАРАКАНОВА Л.А., СУХИНА И.А., ИВАННИКОВА Л.П., МЕШКОВА М.Е. 376

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ МИЕЛОДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ С СЕПСИСОМ 376

СЕМЕЛЕВ В.Н., ТЫРЕНКО В.В., НИКИТИН В.Ю., ТАРАКАНОВА Л.А., СУХИНА И.А., ШИРИНА И.В., МЕШКОВА М.Е. 377

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ МИЕЛОИДНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ 377

СЕМЕЛЕВ В.Н., ТЫРЕНКО В.В., ТАРАКАНОВА Л.А., ЖИВОПИСЦЕВА А.М., ГОРНОСТАЕВ Д.А., ГОЛУБЦОВ О.Ю, ШИНДРЯЕВА Н.И., БОРТЫНЕВ А.В. 377

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕТИНОИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОПЛ) 377

СЕМЕЛЁВ В.Н., ТЫРЕНКО В.В., ТАРАКАНОВА Л.А.,ЖИВОПИСЦЕВА А.М.,ГОРНОСТАЕВ Д.А., ГОЛУБЦОВ О.Ю., БОРТЫНЁВА.В., ШИНДРЯЕВАН.И. 378

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ 378

СЕМЕЛЁВ В.Н., ТЫРЕНКО В.В., ТАРАКАНОВА Л.А., ЖИВОПИСЦЕВА А.М., ГОРНОСТАЕВ Д.А., ГОЛУБЦОВ О.Ю., БОРТЫНЁВА.В., ШИНДРЯЕВАН.И.,.....379

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ 379

СЕМЕЛЁВ В.Н., ТЫРЕНКО В.В., ТАРАКАНОВА Л.А., ЖИВОПИСЦЕВА А.М., ГОРНОСТАЕВ Д.А., ГОЛУБЦОВ О.Ю., ШИНДРЯЕВАН.И., БОРТЫНЁВА.В.....380

ДВС-СИНДРОМ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОПЛ)..... 380

СЕМИН С.А., КОБОЗОВА К.А., КУРАСОВ Е.С., МЕДВЕДЕВА Ю.И.....381

СКЛОННОСТЬ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВАМИ 381

СЕНОПАЛЬНИКОВ Е.Г., ЛОБАЧЕВ А.В., ВОСКОБОЙНИК В.В. 382

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТКОММОЦИОННОГО СИНДРОМА И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 382

СЕРГЕЕВ А.И.[1], ГРИБ И.Л.[2], ПОЛОЗОВ Е.А.[2] 383

ТЯЖЁЛЫЕ И СЛОЖНЫЕ БОЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОСПИТАЛЯ..... 383

СЕМЕНОВА В.А., БЕЛДЫМЕНКО Е.Л. 384

ОТРАВЛЕНИЕ МЕТАНОЛОМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ..... 384

СЕРДЮКОВ Д.Ю., БАРСУКОВ А.В., МИРОХИНА М.А., ДЫДЫШКО В.Т. 385

НЕКОТОРЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-МУЖЧИН С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ..... 385

СЕРДЮКОВ Д.Ю., ГОРДИЕНКО А.В., МИРОХИНА М.А., ДЫДЫШКО В.Т. 386

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-МУЖЧИН С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 386

СЕРДЮКОВА С.А., СИМАКОВА И.Л., ЖЕЛЕЗНЯК С.Г. 387

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ В РФ МЕТОДОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПЕРИМЕТРИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМЫ. 387

СИВАЩЕНКО П.П., АКСЕНОВА В.П., БОРИСОВ Д.Н.....388

НАУЧНО - МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ 388

СИВАЩЕНКО П.П., ЕФРЕМОВ А.А., СЫРОЕЖКИН Ф.А. 389

СЕКТОРАЛЬНЫЙ ВИД ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНДЕКСА СООТНОШЕНИЯ ДОЛЕЙ ДЛЯ АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ..... 389

СИВАЩЕНКО П.П., КУЗИН А.А., ГОНЧАРЕНКО А.Ю. 390

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ SF-36 ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮПНЕВМОНИЮ 390

СИНДИЦКАЯ Н.Н., ЖЕЛЕЗНЯК С.Г. 391

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ В ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ. 391

СКУЛЯБИН Д.И.[1], ОДИНАК М.М. [1], ЛАПИН С.В. [2], БУЛГАКОВА Т.В. [2], КОЛЧЕВ А.И. [3], КОЛЧЕВ С.А.[3], ВАСИЛЬЕВА Ю.А. [5], ТОТОЛЯН Н.А. [4], ЛИТВИНЕНКО И.В. [1] 392

АУТОИММУННЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ 392

СЛОБОДЯНИК В.А., ДАУРАНОВ Б.Б., ЖЕЛЕЗНЯК С.Г. 393

ПРОБЛЕМА ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОЕННЫМИ МЕЖДУ ПОЛИКЛИНИКАМИ И СТАЦИОНАРНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ..... 393

СМИРЕНИНС.В., КЕСАЕВАИ.В., БИНИЕНКОМ.А. 394

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ 394

СМИРНОВА О.С., КИРЕЕВА Е.Б., КАРИМОВА А.М., АНТОНЮК Т.В. 394

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА 394

СОКОЛ Л.Ю. 395

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОМОПРОСЕ ПАЦИЕНТОВВ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ. 395

СОКОЛОВ В.А., ГУСЕВ М.Ю., ЯКИМОВ Д.А. 396

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФЕССОРА ОРЛОВА А.Н. К ПРЕДСТОЯЗЕМУ 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ УЧЕНОГО 396

СОКОЛОВ В.А., САМАРЕВ А.В., ГУСЕВ М.Ю. 397

АКУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (2015-2016гг.)ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ 397

СОКОЛОВ В.А., ЧМЫРЕВ И.В. 398

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ 398

СОКОЛОВ В.А., ЧМЫРЕВ И.В., САМАРЕВ А.В, ГУСЕВ М.Ю., КАБАНОВ П.А., ...399

ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ СОЗДАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ – ОСНОВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА 399

СОКОЛОВВ.А., ЯКИМОВД.А., ГУСЕВМ.Ю. 400

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФЕССОРА ШЕЙНИСА В.Н. К ПРЕДСТОЯЩЕМУ 110-ЛЕТИЮ СО ДНА РОЖДЕНИЯ УЧЕНОГО 400

СОЛДАТКИНА А.С., ПЕРЕВЕРЗЕВ В.С. 401

ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ КУРСАНТОВ ВЫСШИХ ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ 401

СОЛДАТОВА Л.Н., КЕРИМХАНОВ К.А. 402

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У КУРСАНТОВ ВЫСШИХ ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ 402

СОЛДАТОВА Л.Н., КЛЫПИНА Г.Н., СИМОНЕНКО А.А. 403

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 403

СОЛОВЬЕВ И.А. (1),БАБКОВО.В. (2),ЛУФТВ.М. (2), ЛАПИЦКИЙА.В. (2), РУДАКОВД.А.(1), РУМЯНЦЕВВ.Н. (1), БЕЗМОЗГИНБ.Г. (2), МЫСЛИВЦЕВ К.В. (1), ДРАГУНОВ С.Г. (1),СУРОВД.А.(1), ОСИПОВ А.В.(1) 404

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 404

СОЛОВЬЕВ И.А. (1),БАБКОВО.В. (2),ЛУФТВ.М. (2), ЛАПИЦКИЙА.В. (2), РУДАКОВД.А. (1), РУМЯНЦЕВВ.Н. (1), БЕЗМОЗГИНБ.Г. (2), МЫСЛИВЦЕВ К.В. (1), ДРАГУНОВ С.Г. (1),СУРОВД.А.(1), ОСИПОВ А.В.(1) 405

ВЛИЯНИЕ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ НА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 405

СОЛОВЬЕВ И.А. (1),БАБКОВО.В. (2),ЛУФТВ.М. (2), ЛАПИЦКИЙА.В. (2), РУДАКОВД.А. (1), РУМЯНЦЕВВ.Н. (1), БЕЗМОЗГИНБ.Г. (2), МЫСЛИВЦЕВ К.В. (1), ДРАГУНОВ С.Г. (1),СУРОВД.А.(1), ОСИПОВ А.В.(1) 406

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ 406

СОЛОВЬЕВ И.А. (1),БАБКОВО.В. (2),ЛУФТВ.М. (2), ЛАПИЦКИЙА.В. (2), РУДАКОВД.А. (1), РУМЯНЦЕВВ.Н. (1), БЕЗМОЗГИНБ.Г. (2), МЫСЛИВЦЕВ К.В. (1), ДРАГУНОВ С.Г. (1),СУРОВД.А.(1), ОСИПОВ А.В.(1) 407

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 407

СОЛОВЬЕВ И.А. (1), БАБКОВ О.В. (2), ЛУФТ В.М. (2), ЛАПИЦКИЙ А.В. (2), РУДАКОВ Д.А. (1), РУМЯНЦЕВ В.Н. (1), БЕЗМОЗГИН Б.Г. (2), МЫСЛИВЦЕВ К.В. (1), ДРАГУНОВ С.Г. (1), СУРОВ Д.А.(1), ОСИПОВ А.В.(1) 408

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ 408

СОЛОВЬЕВ И.А., МУСИНОВ И.М. 409

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 409

СОЛОВЬЕВ М.В., КРИПАК О.Н., СОРОКИН Н.В., ЛЯХОВЕЦ Е.Г. 410

ОСОБЕННОСТИ ИНИЦИАЛЬНОЙ И ФИНАЛЬНОЙ СТАДИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 410

СОЛОВЬЕВ М.В.[1], СОРОКИН Н.В.[1], КРИПАК О.Н.[1], ИВАШКИНА Т.Г.[2] 411

СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННО-КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЛЕГКОГО И СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ 411

СОЛОВЬЕВИ.А., СУРОВД.А., ВАСИЛЬЧЕНКОМ.В., ЛЫЧЁВА.Б., КОШЕЛЕВТ.Е., АМБАРЦУМЯНС.В., ТИМОШЕНКОН.Д. 412

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 412
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА 412

СОЛОВЬЕВ И.А., СУРОВ Д.А., ВАСИЛЬЧЕНКОМ.В., РАЗДОБАРА М.В., ЧЕРНОВ-БАК С.А., ПЕТРИЩЕВ А.А., НАВМАТУЛЯ А.Ю., КОШЕЛЕВ Т.Е., ТИМОШЕНКО Н.Д. 412

ПРИМЕНЕНИЕ VAC- ТЕРАПИИ ПРИ РАЗВИТИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ 412

СОЛОВЬЕВ[1] И.А., СУРОВ[1] Д.А., ДЫМНИКОВ[1] Д.А., САВЧЕНКОВ[1] Д.К., ФРУМЕН[1] А.Г., ОСИПОВ[1] А.В., СВЯТНЕНКО[2] А.В. 413

РОЛЬ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ 413

СПИЦЫН М.Г., ДАНЦЕВ В.В., ШИТОВ Ю.Н., МУЧАИДЗЕ Р.Д. 414

ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ 414

СТАРОВЕРОВ Ю.И., АЛЕНТЬЕВА О.С., ПОПЛЯК М.О. 415

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ 415

СУВОРОВА.В.[2], ДЫСКИНД.Е., ЕЖОВАР.В.[1], РУДСКИХО.П.[2], ИСКРАД.А., ПОПОВ А.Е. 416

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭПИЛЕПСИИ 416

СУХАРЕВ А.В., ГУТКА В.О., ПАТРУШЕВ А.В., ПЛАХОВ В.Н. 417

ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 417

СУХАРЕВ А.В., ПАТРУШЕВ А.В., ГОРИСЛАВСКАЯ Т.А. 418

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ЛИШАЯ 418

СУХИНА И.А., МЕШКОВА М.Е., НИКИТИН В.Ю., ИВАНОВ А.М., НИКИТИН Ю.В., МАЛАХОВА Е.А., ИВАННИКОВА Л.П., ШИРИНА И.В., СУРКОВ М.В. 419

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СЕПСИСА 419

ТЕПЛЯКОВ Д.В., НАЗАРОВ Е.М., ВОЛКОВ А.В., СМИРНОВ Г.Б. 420

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ. 420

ТИХЕНКО В.В. 421

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ 421

ТИХЕНКО В.В., ГУСЕВА О.И. 422

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АДДИКТИВНЫМПОВЕДЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ 422

ТИХОМИРОВА О.Е., ЖЕЛЕЗНЯК И.С., БОЙКОВ И.В., ПИНЕВСКАЯ М.В. 423

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА, СВЯЗАННОЙ С ЖЕСТОКИМ ОБРАЩЕНИЕМ С ДЕТЬМИ 423

ТИХОНОВА Т.К., БЕСКРОВНЫЙ С.В., ГАЙВОРОНСКИХ Д.И., КОЗЫРКО Е.В., СИЛАЕВА Е.А. 424

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ИНТРАМУРАЛЬНО-СУБСЕРОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ 424

ТИШКОВ Д.С., ИОРДАНИШВИЛИ А.К., ФИЛИППОВА Е.В., ЛИБИХ Д.А. 425

ПАТОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ 425

ТИШКО В.В., ЗАХАРОВ М.В., СОКОЛОВ А.А., СКОРИНОВА Т.С., СТРЕЛЬНИКОВА О.Ю. 426

РАННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АФЕРЕЗА УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ 426

ТИШКО В.В., ТЫРЕНКО В.В., МЕШКОВА М.Е., ШИШКЕВИЧ А.Н., ОЛЕКСЮК И.Б., ...427

СЕНЬКИНА Е.И., СУХИНА И.А., МАЛАХОВА Е.А. 427

РАННЕЕ ПОВЫШЕНИЕ ВАСКУЛО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА-А ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО РЕСТЕНОЗА В СТЕНТЕ 427

ТКАЧЕНКО А.Н[1]., ПЕТРОВА И.В.[1], ТОРЧИНОВ К.Э.[2], АЛКАЗ А.В.[1] 428

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА МЕГАПОЛИСА 428

ТКАЧУК Н. А., ЖЕКАЛОВ А.Н., ПЕРШИН В.Н., ЦЕПКОВА Г.А. 429

ФОРМИРОВАНИЕ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ 429

ТКАЧУК Н.А., ЖЕКАЛОВ А.Н., ПЕРШИН В.Н., ЦЕПКОВ Г.А. 430

РОЛЬ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ В ДОЛГОВРЕМЕННОЙ АДАПТАЦИИ К ВОЗДЕЙСТВИЮ КОМПЛЕКСА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВОЕННОПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ 430

ТКАЧУК Н.А., ЖЕКАЛОВ А.Н., ГАВРИЛЮК Б.Л. ЦЕПКОВА Г.А., ПЕРШИН В.Н. 431

ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМАВ ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 431

ТУЛУПОВ А.Н., БАРИНОВ О.В., ПОПОВ В.И., ФУФАЕВ Е.Е., ПОПОВА Т.В. 432

РОЛЬ ВИРУСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ 432

ТЫРЕНКО В.В., ГОЛУБЦОВ О.Ю.,БОЛОГОВ С.Г. 433

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ АНТРАЦИКЛИНАМИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕЦИИ ТИОТРИАЗОЛИНОМ 433

ТЫРЕНКО В.В., ГОЛУБЦОВ О.Ю.,БОЛОГОВ С.Г., СЕМЕЛЕВ В.Н. 434

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ КАРДИТОКСИЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ. 434

ТЫРЕНКО В.В., КОЛЬЦОВ А.В., КАЧНОВ В.А., РУДЧЕНКО И.В. 435

ОЦЕНКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИМЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ 435

ТЫТЮК С.Ю., ИОРДАНИШВИЛИ А.К. 436

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА 436

УЛЮКИН И.М. 437

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ....437

УЛЮКИН И.М., ОРЛОВА Е.С., БУЛАНЬКОВ Ю.И. 438

К ВОПРОСУ ОБ УСТАЛОСТИ У ЛИЦ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА....438

УЛЮКИН И.М., ОРЛОВА Е.С., БУЛАНЬКОВ Ю.И. 439

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ 439

УРСОВ Р.Р., ПАЦЕНКО М.Б., ПРОХОРЧИК А.А., КОЛЕВАТОВА Л.А. 440

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРЕЛАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ....440

УХОВСКИЙ Д.А., БОГОСЛОВСКИЙ М.М., МУРЗИНА Е.В., БЕЛОКОПЫТОВА Е.В., КРЫЛОВА Т.Г. 441

Анализ факторов риска барометеочувствительности у военнослужащих, проходящих службу в условиях Крайнего Севера....441

ХАЛИМОВЮ. Ш., КУЗЬМИЧВ.Г., БЕКМУХАМЕТОВА. Ф., ПАРЦЕРНЯК А.С. 442

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИAPACHEIV В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 442

ХАЛИМОВЮ.Ш., БЕКМУХАМЕТОВА.Ф., КУЗЬМИЧВ.Г., ЛЯНГИНЕН Т.В., ГУСЕВ Р.В., ГАЙВОРОНСКИЙ И.Н. 443

К ВОПРОСУО ОСОБЕННОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 443

ХАЛИМОВ Ю.Ш., ГАЙВОРОНСКИЙ И.Н., БЕКМУХАМЕТОВ А.Ф. 444

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ЗДОРОВЫХ ЮНОШЕЙ ПО ДАННЫМ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ....444

ХАЛИМОВ Ю.Ш., ГАЙДУК В.А., ПЕРШИН В.Н., ГАЙДУК С.В. 445

К ПРОБЛЕМЕ ПОРАЖЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ЯДАМИ....445

ХАРЧЕНКО Т.В., АРЖАВКИНА Л.Г., СИНЯЧКИН Д.А., ЯЗЕНОК А.В., КРЮЧКОВА А.С. 446

АНАЛИЗ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ОБЪЕКТОВ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ, ОТОБРАННЫХ НА СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ 446

ХЛЫСТОВ Ю.В., КОЛОМЕНЦЕВ С.В., КОТОВА Е.С., ЛИТВИНЕНКО И.В. 447

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ, РАЗВИВШЕЙСЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 447

ХЛЫСТОВ Ю.В., ПРОКУДИН М.Ю., ПОЛТАВСКИЙ И.Д., ЛИТВИНЕНКО И.В. 448

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 448

ХОМИНЕЦ В.В., ГРЕБЕНЮК А.Н., КУДЯШЕВ А.Л., ДРЕСВЯННИКОВ А.С. 449

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КОНТУЗИОННОЙ ТРАВМЫ КОЛЕННОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 449

ХОМИНЕЦ В.В., КУДЯШЕВ А.Л., ШАПОВАЛОВ В.М., МЕТЛЕНКО П.А., МИРОЕВСКИЙ Ф.В. 450

СРАВНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ САГИТТАЛЬНЫХ ПОЗВОНОЧНО-ТАЗОВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ И ЗДОРОВЫХ ВОЛОНТЕРОВ 450

ХОМИНЕЦ В.В., КУДЯШЕВ А.Л., ШАПОВАЛОВ В.М., МЕТЛЕНКО П.А., МИРОЕВСКИЙ Ф.В. 451

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ САГИТТАЛЬНЫМИ И ФРОНТАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЗВОНОЧНО-ТАЗОВОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ С КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 451

ХОМИНЕЦ В.В., КУДЯШЕВ А.Л., ШАПОВАЛОВ В.М., МЕТЛЕНКО П.А., МИРОЕВСКИЙ Ф.В. 452

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ САГИТТАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНО-ТАЗОВОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 452

ХОМИНЕЦ В.В., МЕТЛЕНКО П.А., КУДЯШЕВ А.Л., МИРОЕВСКИЙ Ф.В., КОЗЛОВ М. А.....453

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 453

ХОМИНЕЦ В.В., МИХАЙЛОВ С.В., ШАКУН Д.А., ФООС И.В. ЩУКИН А.В. 454

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВНУТРЕННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ 454

ХОМИНЕЦ В.В., ШАПОВАЛОВ В.М., МИХАЙЛОВ С.В., ЩУКИН А.В., ШАКУН Д.А. 455

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЕНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ 455

ХРАПОВ Ю.В., КРАВЦОВ М.Н., БУЛЫЩЕНКО Г.Г., СВИСТОВ Д.В. 456

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КЛИНИКО-РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ. 456

ХРЫКОВГ.Н.[1], МАЙСТРЕНКОН.А.[1], МАНИХАСГ.М.[2], ФРИДМАНМ.Х.[2], РОМАЩЕНКОП.Н.[1], ХАЛИКОВА.Д.[2] 457

РЕАЛИЗАЦИЯ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ФАСТ ТРАК ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 457

ЦАРЕВА О.И., ДАНЦЕВ В.В. 458

ВЫЯВЛЕНИЕТУБЕРКУЛЕЗАВ МНОГОПРОФИЛЬНОМСТАЦИОНАРЕОБЩЕЙЛЕЧЕБНОЙСЕТИ 458

ЦЕПКОВА Г.А., ХАЛИМОВ Ю.Ш., ПЕРШИН В.Н., ВЕТРЯКОВ О.В., ЖЕКАЛОВ А.Н., ТКАЧУК Н.А., БАБАК А.В.....459

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 459

ЦЫГАН А.В., ОБЛЕКОВА Е.В., БАУРОВА Н.Н., ДЕНДРИКОВА М.Ю., ЦЫГАН Е.Н. 460

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ 460

ЦЫГАН Н.В., АНДРЕЕВ Р.В., ПЕЛЕШОК А.С., КОЛОМЕНЦЕВ С.В., КУРАСОВ Е.С., ЛИТВИНЕНКО И.В., ОДИНАК М.М., ХУБУЛАВА Г.Г. 462

СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ПЛАСТИКИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА 462

ЦЫГАНКОВ К.А., ЩЕГОЛЕВ А.В., АВЕРЬЯНОВ Д.А., ЛАХИН Р.Е., БОКАТЮК С.В. 463

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 463

ЧЕМОДАКОВАК.А., СУХИНАИ.А., МЕШКОВАМ.Е., НИКИТИНВ.Ю., МАРТЫНОВБ.В., СВИСТОВ Д.В. 464

ИММУННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОМАМИ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 464

ЧЕМОДАКОВАК.А., СУХИНАИ.А., МЕШКОВАМ.Е., НИКИТИНВ.Ю., МАРТЫНОВБ.В., СВИСТОВ Д.В. 465

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 465

ЧЕРКАШИНА И.В., ВОЙТЕНКОВ В.Б., САМОЙЛОВА И.Г., ЛЕСНАЯ И.Н. 466

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 466

ЧЕРЕДНИКОВА М.В., КОБОЗОВА К.А. 467

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 467

ЧЕРНЕГОВ В.В. ФАРХУЛЛИН А.И. 468

МЕТОД НАПРАВЛЕННОЙ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВЫХ СЕТОК ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ОДНОВРЕМЕННО ПО ГОРИЗОНТАЛИ И ПО ВЕРТИКАЛИ. 468

ЧЕРНЫШ В.Ф. 468

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 468

ЧЕРНЫШ В.Ф., ТЕГЗА Н.В. 469

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОССИИ 469

ЧИРСКИЙ В.С., БУШУРОВ С. Е. 471

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. 471

ЧИРСКИЙ В.С., БУШУРОВ С. Е. 472

ВОЗМОЖНОСТИ И ЗАДАЧИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКОТОРЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. 472

ЧИРСКИЙ В.С., БУШУРОВ С. Е., СИБИРЕВ С. А. 472

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ (МО РФ) В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ 472

ЧИРСКИЙ В.С., ГРИГОРЬЕВСКИЙ Д.И., ГРИГОРЬЕВСКАЯ Е.А. 473

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 473

ЧИРСКИЙ В.С., КУЧЕРЕНКО А.Д., МАРЬЕВА О.Г., ШЕЛАДЕВ И.П. 474

НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 474

ЧИРСКИЙВ.С., ЮЗВИНКЕВИЧА.К., АНДРЕЕВАЕ.А. 475

ЛЕЧЕБНЫЙ ПАТОМОРФОЗ СОВРЕМЕННОГО СЕПСИСА 475

ЧУРАШОВ С.В., САВЧЕНКО И.Ф., КАБАНОВ А.И. 476

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУ ВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА ДО И ПОСЛЕ РЕФОРМ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2009 г. 476

ШАНИНА Т.Б., ШМИДТ А.А., ГРИГОРЬЕВСКИЙ Д.И., НИКИТИН Ю.В., СУХИНА И.А., МЕШКОВА И.Е. 477

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ 477

ШВЕДЮК В.В., ЧЕРЕДНИКОВ И.Б., АЛБОРОВ А.Э. 478

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ ОТКРЫТОЙ ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА. 478

ШВЕДЮК В.В., ЧЕРЕДНИКОВ И.Б., АЛБОРОВ А.Э. 479

КОМБИНИРОВАННАЯ ОТКРЫТАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ.... 479

ШВЫРЕВ Д.Н., ПЛАХОВ В.Н., ХАЙРУТДИНОВ В.Р., САМЦОВ А.В., БЕЛОУСОВА И.Э. 480

ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ В ЛЕЧЕНИИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ 480

ШЕРШНЁВ[1] С.В., ЖЕЛЕЗНЯК[2] И.С., ИПАТОВ[2] В.В., ЗАКОЛОДНЕВ[1] И.Н., РАМЕШВИЛИ[2] Т.Е. 481

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫБОРЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА.... 481

ШИМАНЬСКИ Д.А., СОЛОВЬЕВ М.В., ГЛУХОВСКОЙ Д.В. 482

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ 482

ШМИДТ А.А., НОВИКОВ Е.И., СЕРДЮКОВ С.В., ФОМИНА М.С. 483

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ I ТРИМЕСТРА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА 483

ЩЕРБА М.П., МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., МАТЮЩЕНКО И.О 484

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.... 484

ЮРКИН *А.К.* [1], ЛЕВИНА Е.М. [1], ДЕМЬЯНЕНКО Н.Ю. [1], РУДЬ *А.А.* [2], ...485

ПОПЛАВСКИЙ *А.В.*....485

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ... 485
ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 485

ЮРКИН А.К. [1], МАКСИМОВ А.Г. [1], ЛЕВИНА Е.М. [1] 486

ПОСТАНОВКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА ПОД УЗИ-НАВИГАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ 486

ЯГИН М.В., МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н. 487

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ 487

ЯКОВЛЕВ В.В., СОТНИКОВ А.В., ВАЩЕНКОВ В.В., ЖИРКОВ И.И. 488

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 488

ЯНОВА О.А., КЛЫПИНА Г.Н., ЛИБИХ Д.А. 489

ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КВЧ-ТЕРАПИИ 489

ЯСТРЕБОВ И.П.[1], СУРОВ Д.А.[2], КИРЕЕВА Г.С.[3], ДАНИЛЮК Е.Н.[2], САДЫКОВА Р.Ф.[1], ШУМАКОВА Т.А.[1], ФАЛЕВКО С.Ю.[1] 489

ФАРМАКОКИНЕТИКА ЦИСПЛАТИНА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕРФУЗИИ ТАЗА 489

ЯСТРЕБОВ И.П.[1], СУРОВ Д.А.[2], КИРЕЕВА Г.С.[3], САДЫКОВА Р.Ф.[1], ДАНИЛЮК Е.Н.[2], СВЯТНЕНКО А.В.[1], ШУМАКОВА Т.А.[1], ФАЛЕВКО С.Ю.[1] 490

ИЗОЛИРОВАННАЯ ПЕРФУЗИЯ ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ 490

Отпечатано в типографии ВМедА
Объем 32,5 п.л. Тираж Заказ