

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет
Белорусская медицинская академия последипломного образования

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Материалы
научно-практической конференции,
посвященной 30-летию
УЗ «10-я многопрофильная клиническая больница»

28 мая 2015 года

УДК 616:614.21
ББК 53
О 64

Под общей редакцией главного врача
УЗ «10-я многопрофильная клиническая больница»
Исачкина В.П.

Редакционный совет:

Санкович Е.В., заместитель главного врача по медицинской части

Козик Ю.П., заместитель главного врача по хирургической помощи

Саевич-Офицере Н.И., заместитель главного врача по диагностическому разделу работы

Протасевич Д.В., заместитель главного врача по МЭиР

Пустовит И.Н., заведующая организационно-методическим отделом

Рецензенты:

Заведующий кафедры хирургии БелМАПО, член-корреспондент НАН РБ, д.м.н., профессор, **Воробей А.В.**

Заведующий кафедры терапии БелМАПО, д.м.н., профессор, **Пристром М.С.**

Заведующая кафедрой физиотерапии и курортологии БелМАПО, доцент, к.м.н., **Волотковская А.В.**

Организация работы многопрофильной клинической больницы на современном этапе. Материалы научно-практической конференции, посвященной 30-летию УЗ «10-я многопрофильная клиническая больница». Минск 2015. – с.

Ответственность за содержание тезисов и допущенные ошибки несут авторы публикаций.

В сборнике рассмотрены актуальные вопросы организации и управления стационарной помощью, оказания специализированной хирургической и терапевтической помощи, современные подходы к лечению, диагностике и реабилитации в условиях многопрофильной клинической больницы на современном этапе.

Сборник предназначен для сотрудников терапевтических и хирургических кафедр медицинских вузов и практических врачей терапевтических и хирургических специальностей, врачей общей практики.

РАЗДЕЛ 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

10-я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА ЭТАПЕ ТРИДЦАТИЛЕТИЯ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, ДОСТИЖЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Исачкин В.П.¹, Юркевич И.В.², Пустовит И.Н.¹

¹*Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»*

²*Комитет по здравоохранению Мингорисполкома*

В 2015 году 10-я городская клиническая больница г.Минска отмечает тридцатилетие со дня основания. Для истории это срок небольшой, для учреждения и коллектива – важнейшие годы становления и развития. За это время больница стала мощным звеном в системе городского и республиканского здравоохранения и является одним из крупнейших многопрофильных учреждений здравоохранения нашей республики.

Начиналось все в феврале 1985 года с двух наркологических отделений по 60 коек, пациенты которых, проходя курс лечения, наравне с медицинскими работниками принимали участие в благоустройстве территории и ремонтных работах. Больница быстро росла и развивалась.

К концу 1985 года открыты первые терапевтические отделения: кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое, а в 1986 году первых пациентов приняли офтальмологическое, профпатологическое и неврологическое отделения, начинает работать централизованная иммуно-токсикологическая лаборатория, создаются первые диагностические службы.

В конце 1987 года в больнице сложилась основная структура отделений хирургического профиля - открыты 5 хирургических отделений: экстренное, гнойное, плановое, торакальное, эндокринное, хирургический операционный блок.

Заслуга в организации хирургической службы больницы принадлежит ветеранам 1-й кафедры хирургических болезней БГМУ: заслуженному деятелю науки РБ, лауреату Государственной премии БССР, профессору А.В. Шотту и профессору С.И. Леоновичу. Каждый из них заведовал 1-й кафедрой хирургических болезней, базой для которой с 1986 года является 10-я клиническая больница. Сегодня коллектив кафедры, возглавляемый заведующим, профессором, д.м.н. Г.Г.Кондратенко продолжает традиции основателей хирургической службы, тесно взаимодействуя в научной и практической работе с врачами хирургической службы больницы.

С 1988 года в больнице функционируют гинекологическое, эндокринологическое, аллергологическое отделения; введены в эксплуатацию радиоизотопная лаборатория, отделение лазерной

микрохирургии глаза. В 1989 году введен в действие офтальмологический операционный блок, полностью открыто отделение реанимации и интенсивной терапии, первых посетителей принял конференц-зал на 500 мест, завершено строительство учебно-лабораторного корпуса.

Такое стремительное развитие 10-й больницы во многом заслуга конкретного человека, первого главного врача больницы Владимира Евдокимовича Ляха, который в 1984 года возглавил ее строительство и затем руководил клиникой в течение последующих пяти лет. Обладая большим опытом в вопросах строительства лечебно-профилактических учреждений и развития их материально-технической базы, В.Е. Лях принимал активнейшее участие в доработке проектной документации, старался, чтобы как можно более активно привлекались средства промышленных предприятий для оснащения больницы новейшим дорогостоящим оборудованием. Благодаря его управленческому таланту, способности четко и грамотно организовать как лечебный процесс, так и финансово-хозяйственную деятельность, больница динамично развивалась. В честь первого главного врача Владимира Евдокимовича Ляха в здании главного корпуса установлена мемориальная доска.

В последующие годы больницей руководили: Владимир Леонидович Беляков (1990-1991гг.), Николай Владимирович Якимчук (1991-1995гг.), Иосиф Викторович Ржеуский (1996-2002гг.). Каждый главный врач вносил свою лепту в развитие материально-технической базы учреждения и формирование коллектива больницы.

В период 2002-2009гг. больницу возглавлял Александр Васильевич Балакирев. Благодаря его руководству, в основе которого лежал жизнеутверждающий принцип – не останавливаться на достигнутом, наша 10-я больница сумела сохранить коллектив и поднять на более высокий уровень лечебно-диагностический процесс.

В начале двухтысячных годов клиника получила свое дальнейшее развитие – в 2003 году открыто кардиологическое отделение №2, в 2005 происходит первая реорганизация больницы: гастроэнтерологическое и ревматологическое отделения переводятся в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи, а вместо них начинают работать 6-е хирургическое отделение (Центр гастродуоденальных кровотечений) и 7-е хирургическое отделение (экстренное).

С 2007 года во всех отделениях больницы внедряется комплексная информационно-аналитическая программа «Клиника», что было одним из первых шагов по информатизации здравоохранения города Минска.

В соответствии с требованиями времени, в составе диагностической службы в 2008 году открыт кабинет компьютерной томографии, что вывело больницу на новый уровень диагностики заболеваний. В 2009 г. начал работу ангиографический кабинет, в котором выполняются все методики рентген-

эндоваскулярных исследований, операции на коронарных и периферических артериях.

В 2010 году в структуре республиканского центра торакальной хирургии открыто единственное в республике и на постсоветском пространстве гнойное торакальное отделение, в котором оказывают высококвалифицированную помощь тяжелейшим пациентам с гнойно-деструктивными заболеваниями легких, осложнениями после кардиохирургических вмешательств и др.

С 2011 года в структуре терапевтической службы работает гастроэнтерологическое отделение №1, которое начало свою историю еще в 1970 году во 2-й городской клинической больнице. С 2012 года 10-я городская клиническая больница становится клинической базой кафедры БелМАПО- кафедры гастроэнтерологии и нутрициологии

С 26 сентября 2011 г. открыт операционный блок для фемтосекундного эксимерного лазера и впервые в системе государственного здравоохранения Республики Беларусь начато выполнение коррекции зрения по методике LASIC. После реорганизации амбулаторных офтальмологических отделений, получения нового диагностического и лечебного оборудования офтальмологической службой освоено выполнение самых современных методик лечения заболеваний глаз, начато выполнение пересадки роговицы.

С 2013 года с учетом потребностей города в клинике была проведена реструктуризация коечного фонда: за счет сокращения коек плановой хирургии и отделения эндокринной хирургии, в составе больницы начали работать пульмонологическое отделение №2 и гастроэнтерологическое №2. В 2014 году на базе гастроэнтерологических отделений больницы и кафедры гастроэнтерологии и нутрициологии БелМАПО организована работа Республиканского гастроэнтерологического центра. С открытием в 2014 году гастроэнтерологического консультативно-диагностического кабинета и получением нового диагностического, эндоскопического, ультразвукового оборудования 10-я клиническая больница становится центром по диагностике и лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе редких заболеваний обмена веществ, участвует в ряде международных клинических испытаний.

В последние 5 лет произошло значительное укрепление материально-технической базы, клиника оснащена современным лечебно-диагностическим оборудованием.

С 2011 года больница вступила в период реконструкции и модернизации: проведена замена всех электросветильников на энергосберегающие, открыт операционный блок для фемтосекундного эксимерного лазера. В 2013 году ангиографический кабинет переоснащен новым ангиографическим комплексом. Центр традиционной восточной

медицины и отделение медицинской реабилитации после ремонта дооснащены современным оборудованием и заработали в полную мощность. Выполнены работы по ремонту конференц-зала. В 2014 г. проведен ремонт подъездных путей, экстренного приемного отделения, установлен новый флюорограф «Пульмоскан», получено эндоскопическое и ультразвуковое оборудование экспертного класса. Проводились текущие ремонты отделений, приобреталась мебель, медицинское оборудование. За счет внебюджетных средств созданы и успешно функционируют палаты повышенной комфортности.

С 2012 по 2014 гг. в учреждении проведены масштабные строительные работы по капитальному ремонту и реконструкции отделения анестезиологии и реанимации, хирургического операционного блока, централизованного стерилизационного отделения; тепловой модернизации клиники с заменой окон и благоустройством территории.

Замена всех окон, кровли, ремонт реанимации и оперблока проводились на действующем предприятии, без отселения и перевода отделений. При этом больница не снижала, а, наоборот, наращивала объемы оказания медицинской помощи.

Проведенная тепловая модернизация клиники с благоустройством территории, в ходе которой было заменено 817 оконных блоков, освоено 76 млрд. 33 млн. рублей, преобразила внешний вид больницы, сделал её «визитной карточкой» микрорайона Чижовка. Благодаря проведенной тепловой модернизации, замене электросветильников на энергосберегающие доведенный норматив по экономии теплоэнергоресурсов клиникой ежегодно перевыполняется: в 2013 г.. он составил 16,1%, сэкономлено 312,2 млн. руб. бюджетных средств, в 2014 г. - 6,3%, сэкономлено 168,8 млн. руб. бюджетных средств.

В феврале 2015 года после капитального ремонта полного переоснащения в полную мощность заработали отделения анестезиологии и реанимации, хирургический операционный блок, ЦСО (освоено 154 млрд. 57 млн. руб.). Теперь 10-я городская клиническая больница имеет самый современный оперблок, что позволяет выполнять весь спектр хирургических и офтальмологических операций в непрерывном режиме. Два отделения анестезиологии и реанимации оснащены новейшим оборудованием, соответствующим требованиям по лечению пациентов всех профилей,

В ближайшей перспективе развития – дооснащение больницы новым операционным и диагностическим оборудованием: установка 3 новых эндовидеохирургических комплексов, проведение ремонтных работ для установки магнитно-резонансного томографа, эмиссионной гамма-камеры. 30-летний срок службы требует замены грузопассажирских лифтов,

теплоузла, капитального ремонта административно-хозяйственного корпуса.

Свой тридцатилетний юбилей 10-я городская клиническая больница встречает будучи одним из крупнейших в городе центров по оказанию высококвалифицированной стационарной медицинской помощи. На сегодняшний день клиника насчитывает 1080 коек. В числе важнейших преимуществ больницы – не только ее коечная мощность, но и многопрофильность: из 39 структурных подразделений 20 - отделения с коечным фондом, 6 - амбулаторные.

Ежегодно в отделения больницы госпитализируется свыше 37 тысяч человек, выполняется более 20 тысяч хирургических операций в год, в том числе более 5 тысяч высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств. Это органосохраняющие и лапароскопические операции на органах ЖКТ, рентгенэндоваскулярные вмешательства, реконструктивные сосудистые операции, пластика трахеи, лазерная коррекция зрения, кератопластика и др. офтальмологические операции. Акцент делается на медицину органосохраняющую, органовосстанавливающую, которая позволяет не только спасти больного, но и улучшить качество жизни, свести к минимуму риск рецидива заболевания.

В больнице функционирует 5 республиканских центров специализированной медицинской помощи: аллергологии и профпатологии, офтальмологический, хирургической панкреатологии, торакальной хирургии, гастроэнтерологический и 4 городских центра: «Диабетическая стопа», гастродуоденальных кровотечений, торакальной хирургии, традиционной восточной медицины.

10-я городская клиническая больница – это еще и кузница медицинских кадров. На её клинической базе ведут научную и учебную деятельность 9 кафедр Белорусского государственного университета и Белорусской медицинской академии последиplomного образования: 1-я кафедра хирургических болезней, 1-я кафедра внутренних болезней БГМУ; офтальмологии, психотерапии и медицинской психологии, рефлексотерапии, эндокринологии, неотложной хирургии, гастроэнтерологии и нутрициологии, цикла аллергологии и профпатологии кафедры гериатрии БелМАПО, лаборатории клинической профпатологии и аллергологии ГУ РНПЦ «Гигиена». Сотрудники кафедр оказывают большую методическую, консультативную и лечебную помощь. Тесная взаимосвязь практической работы и научной деятельности способствует постоянному повышению квалификации врачей, позволяет медицинским специалистам получить хорошую практическую и теоретическую подготовку, эффективно внедрять новые медицинские технологии, методы диагностики и лечения. Большой вклад лечебно-диагностический процесс с научным, инновационным подходом внесли заведующие кафедрами -

доктора медицинских наук, профессора Г.Г. Кондратенко, А.Э. Макаревич, Т.А. Имшенецкая, А.П. Сиваков, Л.И. Данилова, Н.В. Завада, Ю.Х. Мараховский; кандидаты медицинских наук доценты И.А. Байкова, Т.В. Барановская, Т.М. Рыбина.

Главным достоянием и гордостью больницы являются ее сотрудники. Здесь трудится высокопрофессиональный коллектив, соединяющий опыт с молодым задором. Лечебно-диагностический процесс обеспечивают 270 врачей и 548 медицинских сестер. Среди них восемь кандидатов медицинских наук, восемь отличников здравоохранения РБ. За годы своей деятельности трудовой коллектив клиники прошел сложный путь становления и развития, успешно выдержал испытание временем, вписал немало славных страниц в летопись медицины Беларуси.

Каждая служба, каждое клиническое отделение в больнице является ее гордостью, в каждом достигнуты высокие показатели в работе, освоены передовые методики диагностики и лечения. Четыре сотрудника больницы за весомый вклад в развитие здравоохранения Республики Беларусь награждены государственной наградой – медалью «За трудовые заслуги». Работники больницы и трудовые коллективы неоднократно награждались почетными грамотами Министерства здравоохранения, Мингорисполкома, комитета по здравоохранению и др., получали гранты за практическую и научную деятельность Президента Республики Беларусь, побеждали в конкурсах «Лучший врач года Республики Беларусь», «Мастер года».

Коллектив клиники, обладающий серьезным научным потенциалом и огромным опытом, не останавливается на достигнутом, каждый день ставит перед собой новые задачи и настойчиво работает над их решением.

Тысячи спасенных, возвращенных к полноценной жизни людей, которым вернули здоровье и веру в завтрашний день – вот результат работы большого коллектива единомышленников и профессионалов.

Анализируя пройденный путь, понимаешь, что история 10-й больницы – это история больницы-труженицы, за спиной которой 30 лет непрерывного труда и ежедневных невидимых подвигов работников клиники, готовых, следуя клятве Гиппократов, в любой момент прийти на помощь.

Литература:

1. Исачкин В. П., Валенкова Н. Л., Матвеевко Л. А. // Мир медицины. – 2009. -- № 11. – С. 34.
2. Исачкин В. П., Хаймович Ф. Б. // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов: Материалы науч.-практ. конф., посвященной 210-летию УЗ «2-я городская клиническая больница». – Минск, 2009. – С. 3-8.

3. Кто есть Кто в Республике Беларусь. 2009 / Под ред. И. В. Чекалова. - Минск: Энциклопедикс, 2009.
4. Стаховская М. // Медицинский вестник. – 2009. -- № 43 (929). – С. 11.
5. Исачкин В.П., Латушкина М.А. // Организация работы городской клинической больницы на современном этапе: Материалы науч.-практ. конф., посвященной 25-летию УЗ «10-я городская клиническая больница». – Минск, 2010. – С. 3-9.
6. Арант Т. Операция «Десятка» //«Медицинский вестник » - 2015г. №13 (1212).- с 20-21
7. Алешкевич Е. Хирургические шаги диабетической стопы // «Медицинский вестник » 2015 г. №11 (1210) с 4-5
8. Улыбки весны Арант Т. «Медицинский вестник » №10 (1209) 05.03.2015 г. с. 1

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

*Барановская Т.В., Першай Л.К., Исачкин В.П., Протасевич Д.В.,
Иванова Ж.С.*

БелМАПО, 10 городская больница г.Минска

Оказание специализированной лечебно-диагностической помощи населению РБ по вопросам профессиональной патологии и аллергологии осуществляется республиканским центром профессиональной патологии аллергологии (далее - Республиканский центр). Он создан на функциональной основе на базе УЗ «10-я городская клиническая больница г.Минска» (далее 10 ГКБ) с момента ее основания. Одновременно Республиканский центр выполняет функции городского центра профпатологии и аллергологии по г.Минску и областного - для Минской области.

В структуру центра входят: отделение профпатологии и аллергологии РПЦ УЗ «10 ГКБ» (до 2008г «клинико-диагностическое отделение РЦП»); стационарное отделение аллергологии и профпатологии на 60 коек (аллергологических - 50 и профпатологических - 10). Лабораторные и функционально-диагностические службы 10 ГКБ (включая аллергологическую, иммунологическую и токсикологическую лабораторий) выполняют ответственные диагностические задачи. В составе Республиканского центра работает медико-экспертная комиссия (МЭК), являющаяся высшей инстанцией в Республике Беларусь по проведению

экспертизы связи заболевания с профессией и определению профпригодности для работающих, подлежащих обязательным медосмотрам - в сложных и конфликтных случаях.

Курс аллергологии и профпатологии кафедры геронтологии и гериатрии БелМАПО является функциональным подразделением Республиканского центра, в задачи которого, кроме основной деятельности (обучение врачей первичного звена), входят осуществление консультативно-методической помощи специализированным медицинским службам республики, разработка нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность этих служб. Осуществляются консультации пациентов в стационаре и поликлиническом отделении, консультации пациентов, направленных в республиканский центр и по линии оказания экстренной медицинской помощи.

Республиканский центр курирует вопросы организации и проведения обязательных медосмотров работающих Республики Беларусь, анализирует и оценивает результаты, ежегодно проводит итоговые конференции с обсуждением всех сторон деятельности служб.

Число принятых в 2014 году профпатологом пациентов составило 1864 (в 2013 году – 1011), установлено 40 новых случаев профессиональных заболеваний (в 2013 г. – 38). Вместе с тем в 2009 году было установлено 67 случаев профессиональных заболеваний, а в 2004 – 102 – по г.Минску. Снижение выявляемости профессиональных заболеваний при неизменно высоком количестве выполненных обязательных медосмотров (табл.1) – следствие недостаточного качества этих осмотров [3].

С получением лицензии на осуществление экспертной медицинской деятельности (освидетельствование на профпригодность) отделение профпатологии и аллергологии начало проводить обязательные медосмотры (более 1100 в 2014 году).

Важной задачей является осуществление осмотров высокостажированных работников на базе центра согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. №47 [1,2].

Таблица 1. Число выполненных обязательных медосмотров в г.Минске и их результаты.

	2013	2014
Периодические медосмотры	125654	139050
Предварительные медосмотры	139876	126699
Число осмотренных с хроническими заболеваниями	45752	53492
Число осмотренных с вновь выявленными заболеваниями	5826	7275
Число подозрений на профессиональное заболевание	97	73
Число установленных профессиональных	33	36

заболеваний		
Число осмотренных с противопоказаниями к продолжению работы	3501	3347

Стационарное лечение и обследование прошли 250 пациентов с профессиональными заболеваниями (в 2013 году - 244).

Консультативная работа сотрудников кафедры по отделению профпатологии и аллергологии: 250 консультаций амбулаторных пациентов и 1359 в стационаре.

На заседаниях МЭК рассмотрено 246 случаев о экспертизе связи заболеваний с условиями труда.

Организационно-методическая работа включает:

контроль за качеством проведения обязательных медосмотров в учреждениях здравоохранения республики и города Минска;

определение профпригодности в сложных случаях;

взаимодействие с центрами гигиены, администрацией предприятий;

рассмотрение обращений от пациентов и подготовка ответов, участие в судебных заседаниях, консилиумах и др.

подготовка к семинарам и конференциям, посвященным вопросам медицины труда и аллергологии;

участие в разработке правовых документов по совершенствованию медицинского обслуживания работающих.

Сотрудники центра выполняют санитарно-просветительную и научно-исследовательскую работу по важнейшим вопросам диагностики, лечения и профилактики профессиональных и аллергических заболеваний, участвуют с докладами на конференциях, средствах массовой информации, публикуются в периодических изданиях. В 2014г защищены диссертации - Масловой Л.В. (на соискание степени доктора медицинских наук) и Дударевой Н.И. (на соискание степени кандидата медицинских наук).

Приобретен новый аудиометр, запущен в работу спирограф МАС-1.

Внедрен метод надпороговой аудиометрии при обследовании пациентов шумоопасных профессий.

Сотрудники центра представляют сформировавшийся коллектив профессионалов, владеющих диагностикой профессиональных заболеваний, а также вопросами профилактики и реабилитации пострадавших на производстве, вопросами экспертизы профессиональной пригодности и трудоспособности, в соответствии с нормативно-правовыми документами, определяющими организацию медицинской помощи работающим.

Основными перспективными задачами Республиканского центра являются;

-внедрение информационных технологий и оперативной связи с учреждениями здравоохранения республики

- создание базы данных пациентов Республиканского центра

-разработка диагностических алгоритмов для пациентов с профессиональной аллергией
-совершенствование нормативной базы службы профпатологии и аллергологии
-оснащение Республиканского центра современным оборудованием (проточный цитофлюориметр, хроматограф).

Литература

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 24.03.2009 г. № 29/42 «Об утверждении перечня (списка) профессиональных заболеваний и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства социальной защиты Республики Беларусь от 29.05.2001 г. № 40/6»

2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2011 №47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь»

3. Измеров Н.Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг.: пути и перспективы реализации.- // Медицина труда. – 2008. - №6. – с 1-9.

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ОКАЗАНИЯ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ

Гольдинберг Б.М., Климович О.В.

*Городской центр трансфузиологии УЗ «6-я городская клиническая
больница», г. Минск, Республика Беларусь*

Объем применения компонентов крови в клиниках г. Минска весьма variabelен, что связано с количеством и профилем развернутых коек, количеством польвованных больных, объемом оказания ургентной помощи, хирургической активностью и др. Это затрудняет проведение сравнительного анализа как обеспеченности гемопродуктами, так и оказания трансфузиологической помощи в многопрофильных стационарах.

Цель исследования – на примере г. Минска предложить интегральные показатели оценки оказания трансфузиологической помощи на региональном уровне для оптимизации обеспечения эритроцитсодержащими средами

(ЭСС) и свежемороженой плазмой (СЗП), а также их адекватного применения.

Материал и методы. Для анализа были отобраны 10 клиник г. Минска, в которых применение донорских эритроцитов и СЗП ежегодно достигает около 1500 доз/год и более. Изучены статистические показатели деятельности стационаров в 2014 г.: количество коек, количество использованных больных, общая летальность, объемы переливания компонентов крови. На основании статистических показателей за 2012-2014 годы рассчитаны показатели трансфузионной активности (ТА) в клиниках г. Минска.

ТА определялась как соотношение количества реципиентов и количества всех пациентов, которым оказана медицинская помощь в стационарных условиях в пределах одной организации здравоохранения за год [1] по формуле:

Учет реципиентов проводился с применением программного продукта, что позволило регистрировать случаи первичной трансфузии любого компонента или препарата крови (эритроцитсодержащей среды, свежемороженой плазмы, концентрата тромбоцитов, криопреципитата) за весь период пребывания в стационаре.

Количество пациентов соответствовало статистическому показателю «использованные больные», который определяли как полусумму поступивших, выписанных и умерших больных. Поскольку в число использованных больных входит часть пациентов, профиль патологии которых не предусматривает лечение компонентами крови, мы их исключили из расчета показателя (к ним отнесли офтальмологический, психоневрологический и реабилитационный профили). Поэтому ввели показатель «трансфузионная активность уточненная» (ТАу), рассчитываемый по приведенной выше формуле.

Сопоставления данных больничных и трансфузиологических показателей анализировали с использованием дескриптивных статистик и корреляционного анализа [2, с173; 2 с.197] при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Оказалось, что из 10 клиник г. Минска в 2012 - 2014 годах показатель ТАу от 10,3% до 14,8% имели 4 клиники и от 5,7% до 9,6% – 6 клиник. Предельно максимальный уровень ТАу наблюдался в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи (12,0% в 2014 г.) и 9-й клинической больнице (14,8% в 2014 г.), в которой сосредоточены 4 республиканских центра, в т.ч. центр гематологии и пересадки костного мозга, научно-практический центр трансплантации органов и тканей, центр гемодиализа и заместительной почечной терапии. Количество клиник с ТАу менее 10% на протяжении 2012-2014 годов

остаётся стабильным, что объясняется сужением показаний к применению компонентов крови по сравнению с 2005-2011 годами, когда учреждения имели более высокую нормативную градацию по этому показателю. Ни в одной из самых крупных клиник г. Минска показатель ТАу не достигал 20%, а ведь по нормативу, утвержденному Минздравом Республики Беларусь в 2005 году, предусмотрен показатель свыше 25% [3].

На 7683 койках, включенных в исследование клиник в течение 2014 года, стационарную помощь получили 278862 использованных больных. Из них 13213 (4,77%) стали реципиентами донорских эритроцитов, 9906 (3,58%) – реципиентами СЗП (табл.1).

Таблица 1

Объемы трансфузионной терапии в крупных клиниках г. Минска в 2014 году

Учреждения здравоохранения	Показатели			
	Перелито ЭСС, доз	В расчете на 1 реципиента	Перелито СЗП, доз	В расчете на 1 реципиента
«1-я ГКБ»	1709,6	2,093	2107	2,81
«2-я ГКБ»	1651,7	2,02	2142,9	4,55
«3-я ГКБ»	1746,1	1,97	1707,4	2,20
«4-я ГКБ»	1493	3,19	1730,7	4,14
«5-я ГКБ»	2145,1	1,93	4215,9	3,55
«6-я ГКБ»	2938	2,49	5430,4	2,74
«9-я ГКБ»	8558,9	2,30	6115,9	5,22
«10-я ГКБ»	3483,7	2,21	4768,5	4,86
«ГКБ СМП»	4548,1	2,57	8292,2	5,75
«МГКОД»	1710,7	1,95	2167,4	2,96
Всего:	29984,9	2,27	38678,3	3,88

В среднем реципиенты получали 2,27 дозы эритроцитов и 3,58 дозы плазмы (табл.2).

Таблица 2

Интегральные средние показатели применения основных компонентов крови в крупных клиниках г. Минска в 2014 г.

Перелито	Среднее значение	Стандартное отклонение	Медиана	Медиана на миним.	Медиана на максим	Нижний квартиль	Верхний квартиль
ЭСС, доз, всего	2998,5	88,7	1024,0	-1194,5	-853,4	-1352,6	3483,7
в т.ч. в расчете	2,27	0,02	2,15	2,09	2,21	1,95	2,49

на 1 рецепиента							
СЗП, доз, всего	3867,8	3402,1	3191,7	2167,4	4215,9	1730,7	5430,4
в т.ч. в расчете на 1 рецепиента	3,58	-0,55	3,38	3,05	3,70	2,65	4,29

Нестабильные больные, которым применялись ЭСС, умирают в 10,5 раза чаще, а СЗП – в 12,1 раза чаще, по сравнению со стабильными больными, которым компоненты крови не переливались (табл.3). При этом межквартильные соотношения летальности различаются существенно: для ЭСС – 1,49, для СЗП –27,6. По нашему мнению, это связано с тем, что СЗП переливается при отсутствии клинических и лабораторных показаний.

Таблица 3
Интегральные средние показатели общей больничной летальности и летальности среди реципиентов в крупных клиниках г.Минска в 2014 г. (в %)

Показатель и летальности	Среднее значение	Стандартное отклонение	Медиана	Медиана миним.	Медиана максим.	Нижний квартиль	Верхний квартиль
Среди реципиентов ЭСС	9,12	0,02	7,35	6,01	8,68	7,96	11,84
Остальные	0,872	0,002	0,703	0,575	0,83	0,761	1,132
Среди реципиентов СЗП	9,97	0,012	8,05	6,59	9,52	0,47	13,0
Остальные	0,82	0,001	0,662	0,541	0,783	0,039	1,068

В крупных клиниках доля реципиентов крови возрастает (табл.4 и 5), но это не соответствует декретированным нормативам трансфузионной активности для определения категоричности кабинета трансфузиологической помощи и его штатной численности.

Таблица 4
Показатели коечного фонда, количества использованных больных и реципиентов крупных клиник г. Минска за 2014 г.

Учреждения здравоохранения	К-во коек	Всего пользованных больных	Показатели			
			Реципиенто в ЭСС, абс.	в т.ч. %	Реципиентов СЗП, абс.	в т.ч. %
«1-я ГКБ»	806	27483	817	2,97	750	2,73
«2-я ГКБ»	455	17382	817	4,70	471	2,71
«3-я ГКБ»	540	25468	884	3,47	776	3,05
«4-я ГКБ»	574	20426	468	2,29	418	2,05
«5-я ГКБ»	845	31461	1109	3,52	1187	3,77
«6-я ГКБ»	954	35564	1181	3,32	1978	5,56
«9-я ГКБ»	1047	27342	3712	13,58	1172	4,29
«10-я ГКБ»	1090	37006	1578	4,26	980	2,65
«ГКБ СМП»	1034	39020	1769	4,53	1443	3,70
«МГКОД»	33	15649	878	5,61	731	4,67
Всего:	7683	276801	13213	4,77	9906	3,58

Таблица 5

Корреляционные связи интегрированных статистических и трансфизиологических средних показателей крупных клиник г.Минска за 2014г.

Парные показатели		r
Пользованные больные	Удельный вес реципиентов ЭСС	0,697
Количество коек	Удельный вес реципиентов ЭСС	0,659
Пользованные больные	Удельный вес реципиентов СЗП	0,470
Количество коек	Удельный вес реципиентов СЗП	0,426
Летальность общая	Удельный вес реципиентов эритроцитов	0,387
Среднее количество доз ЭСС на 1 пациента	Среднее количество доз плазмы на 1 пациента	0,571

ВЫВОДЫ.

1. С учетом современных требований обоснованного применения гемопродуктов нами установлены три уровня ТАу: низкий уровень – до 5%, средний – от 5 до 10%, высокий – свыше 10%, что необходимо учесть при

пересмотре нормативной документации, включая численность штатов кабинетов трансфузиологической помощи.

2. Отсутствуют связи между: 1) средним объемом гемотерапии и удельным весом реципиентов; 2) средним объемом гемотерапии и летальностью; 3) общей летальностью и удельным весом реципиентов плазмы.

3. Общая летальность коррелирует с удельным весом реципиентов ЭСС, но не связана с удельным весом реципиентов СЗП. Поэтому при мониторинге гемотрансфузий следует выявлять причины необоснованного назначения трансфузий СЗП.

Литература

1. Закон Республики Беларусь от 30.11.2010 г. №197-3 «О донорстве крови и ее компонентов», ст.1.

2. Вальчук Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении. /Э.А.Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук.– Минск: Харвест, 2007. – 400 с.

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.02.2005 г. №27 «Об утверждении штатных нормативов медицинских и других работников станций переливания крови, отделений переливания крови и кабинетов трансфузиологической помощи организаций здравоохранения».

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАНСФУЗИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ЛОКАЛЬНОГО И МЕСТНОГО УРОВНЕЙ

Гольдинберг Б.М., Климович О.В.

*Городской центр трансфузиологии УЗ «б-я городская клиническая
больница», г. Минск, Республика Беларусь*

Под медико-тактической характеристикой чрезвычайной ситуации понимают выявление в очаге катастроф, аварий, стихийных и других бедствий, факторов, которые оказывают влияние на организацию медицинского обеспечения по ликвидации их последствий [1].

В 2009 г. вышло Положение об отраслевой подсистеме государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь (ОП ГСЧС). Среди основных задач ОП ГСЧС – создание, восполнение и освежение в государственных организациях здравоохранения: 1) резервов лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения,

донорской крови и ее компонентов, препаратов плазмы, необходимых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; 2) резервов материальных ресурсов для ликвидации возможных ЧС природного и техногенного характера.

Центры экстренной медицинской помощи создаются на республиканском и территориальном уровнях с целью координации действий сил и средств ОП ГСЧС при организации оказания медицинской помощи населению, пострадавшему при ЧС. В состав сил и средств ОП ГСЧС входят организации переливания крови (центры, станции).

Нормативы обязательного обеспечения потребностей системы государственного здравоохранения донорской кровью, ее компонентами и препаратами, в том числе с учетом необходимости создания резервов на случай чрезвычайной ситуации, утверждаются Правительством Республики Беларусь [2]. Годовой резерв на случай чрезвычайной ситуации составляет 15% от объема годовых потребностей коечного фонда по всей номенклатуре компонентов и препаратов крови. Но почасовые и посуточные расчеты трансфузиологической помощи при ЧС в Беларуси не разработаны.

Цель настоящей работы – предложить методики расчета потребностей в трансфузионном обеспечении больничных организаций здравоохранения при локальных и местных масштабах ЧС в первые часы и 5 суток.

Нами проанализированы за 2012-1014 годы материалы применения трансфузионных сред при оказании экстренной медицинской помощи в больничных организациях здравоохранения г. Минска.

При чрезвычайной ситуации одновременно нуждается в экстренной медицинской помощи значительное число пострадавших и пораженных. При этом станция переливания крови должна одновременно обеспечить необходимыми компонентами крови как пострадавших в ЧС, так и других нуждающихся больных. Поэтому появляется диспропорция между силами и средствами или формами и методами повседневной работы органов и учреждений здравоохранения, с одной стороны, и возникшей потребностью пострадавших в экстренной медицинской помощи, с другой стороны. Возникает дефицит времени, врачей, лекарств, транспорта и др. [3; 4,с.115].

Основные задачи службы крови в условиях ЧС:

- переход на круглосуточный режим работы;
- участие в оказании экстренной медицинской помощи.

Ориентировочное количество пораженных и пострадавших при локальных и местных масштабах ЧС представлено в табл.1.

Таблица 1

Ориентировочное количество пораженных и пострадавших при локальных и местных масштабах ЧС

Масштаб	Количество, человек	
---------	---------------------	--

ЧС	пораженных	пострадавших	Зона распространения ЧС
Локальный	до 10	до 100	В пределах территории объекта
Местный	10 - 50	100 - 300	В пределах населенного пункта, города, района

Начало срочной гемотрансфузии ограничено по времени в пределах 60 мин. На этапе оказания квалифицированной медицинской помощи до 10% пострадавших может нуждаться в переливании гемокомпонентов. При оказании специализированной хирургической помощи число нуждающихся в переливании крови может составить 20-25% от числа доставленных пострадавших [5]. Каждому нуждающемуся в гемотрансфузии необходимо от 2 до 5 доз эритроцитсодержащих сред и в 2 раза больше СЗП (табл.2). Индекс потребностей в гемотрансфузии эритроцитсодержащей среды (Adjusted blood transfusion requirement index) рассчитывается по формуле [6]:

$$ABTRI = \frac{\text{количество перелитых доз эритроцитсодержащих сред}}{(\text{последний показатель Ht} - \text{начальный Ht}) + 0,01},$$

где Ht – гематокрит.

Переливание СЗП (15-20 мл на 1 кг массы тела) должно, как правило, предшествовать переливанию эритроцитсодержащих сред, так как только СЗП может быстро и качественно пополнить израсходованные и выбывшие из циркуляции плазменные факторы свертывания и восстановить текучесть крови. Человек выживает, потеряв 2/3 циркулирующих эритроцитов, но не переносит потери 1/3 плазмы [7; 8, с.52]

Таблица 2

Номенклатура и расчет потребности в трансфузионных средах

Наименование компонентов крови, ее препаратов и плазмозаменителей	При возникновении ЧС (на 100 пострадавших на 5 дней лечения)
Эритроцитсодержащие среды, доз	185
Свежезамороженная плазма, доз	670
Концентрат тромбоцитов, доз	20
Альбумин 10%, л	40,0
ГЭК, л	200,0
Неогемодез, л	60,0
Полиамин (гидрамин), л	30,0
Жировая эмульсия, л	10,0

Лактасол, л	200,0
Реополиглюкин, л	200,0
Маннитол, л	300,0
Солевые растворы (физраствор), л	3600,0

Объем трансфузий на одного пострадавшего в первые сутки стационарного лечения, в зависимости от величины кровопотери, представлен в табл.3. Причем, в первые 6 часов вводят 60-70% суточной дозы указанных средств.

Таблица 3

Объем трансфузий на одного пострадавшего в первые сутки стационарного лечения

Переливаемые среды	Объем кровопотери, л				
	до 0,5	до 1,0	до 1,5	до 2,0	свыше 2,0
Коллоидные растворы, л	0,5	0,5-1,0	0,8-1,0	1-1,5	более 1,5
Кристаллоидные растворы, л	до 1,0	1,0-1,5	1,5-2,0	2,0-3,0	3,0-4,0
Эритроцитсодержащие среды (доз)			2-3	3-4	более 4
Свежезамороженная плазма, альбумин, л			0,7±0,4	0,75±0,8	1,0±0,8

При невозможности переливания компонентов крови объем введения плазмозаменителей увеличивают в 2 раза. Показания к применению концентрата тромбоцитов в условиях ЧС определяются индивидуально.

Заслуживают твердого усвоения и четкого соблюдения в любой, самой срочной ситуации, технические правила гемотрансфузии. В качестве универсальной гемотрансфузионной среды (переносчика кислорода) предлагаются эритроциты в добавочном растворе SAGM O(I) Rh-отрицательные, которые в условиях ЧС переливают без учета групповой- и резус-принадлежности реципиента с проведением проб на индивидуальную и биологическую совместимость.

Критерии адекватности восполнения дефицита ОЦК оцениваются по показателям ЦВД (до 12-15 см. водного ст.) и диуреза (более 30 мл/час).

Приведенные нами расчеты трансфузионного обеспечения в условиях ЧС прошли валидизацию в клиниках г. Минска.

ВЫВОДЫ.

1. Разработанные нами методики расчета потребностей в трансфузионном обеспечении больничных организаций здравоохранения при локальных и местных масштабах чрезвычайных ситуаций успешно прошли валидизацию в клиниках г. Минска и могут быть рекомендованы к применению во всех регионах республики.

2. Установлено, что каждому нуждающемуся в гемотрансфузии необходимо от 2 до 5 доз эритроцитсодержащих сред, в 2 раза больше СЗП, а при дефиците СЗП – двойной объем плазмозаменителей для восполнения дефицита ОЦК, кислородтранспортной функции крови и коррекции гемостаза.

3. Несмотря на срочность гемотрансфузий, в условиях чрезвычайной ситуации необходимо соблюдать все меры профилактики посттрансфузионных осложнений.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.01.2007 «О порядке сбора информации в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и ее представлении» (в ред. приказов Минздрава от 21.05.2010 № 532, от 28.03.2011 № 316, от 17.10.2012 № 1237).

2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 02.06.2011 №693 «Нормативы обязательного обеспечения потребностей государственной системы здравоохранения Республики Беларусь кровью и ее компонентами, в том числе с учетом необходимости создания резерва на случай чрезвычайной ситуации».

3. Боровко И.Р., Шнитко С.Н. Изменение принципов оказания медицинской помощи и эвакуации пострадавших в условиях современных войн и вооруженных конфликтов// Военная медицина. – 2011.– №2. – С.5-8.

4. Гольдинберг Б.М. Служба крови в военном мундире./ Б.М. Гольдинберг – Минск: Право и экономика, 2012 – 177 с.

5. Третьяк С.И, Протасевич П.В. Особенности проведения инфузионно-трансфузионной терапии у хирургических больных, перенесших острую массивную кровопотерю// Белорус. мед. журнал. – 2005. – №1. – С. 100-103.

6. Donaldson M.D., Seaman M.J., Park G.R. Massive Blood Transfusion// British Journal of Anaesthesia 1992;69:621-630.

7. Рагимов А.А., Еременко А.А., Никифоров Ю.В. Трансфузиология в реаниматологии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005.– 784 с.

8. Гольдинберг Б.М. Лечебные свойства донорской плазмы и ее препаратов./ Б.М. Гольдинберг – Минск: Право и экономика, 2013 –220 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Есепкин А.В.¹; Василевич А.П.²

*УЗ «10-я городская клиническая больница»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²*

Основной задачей отделения является оказание круглосуточной высококвалифицированной экстренной хирургической помощи взрослому населению города Минска по району обслуживания, пациентам, обратившимся самостоятельно или направленным в отделения больницы с другим диагнозом, у которых при обследовании выявлена острая хирургическая патология.

В отделении развернуто 60 коек. Укомплектованность врачебными кадрами составляет 100%, однако только 34% врачей-хирургов являются постоянными сотрудниками клиники, остальные – совместители. Это преподаватели и клинические ординаторы 1-ой кафедры хирургических болезней БГМУ и врачи-хирурги поликлиник. Из последних подбираются кадры для дальнейшей работы в стационаре и с их помощью осуществляется преемственность между стационаром и поликлиникой.

В дневное время в отделении работает три врача-хирурга и заведующий отделением. При показателе средней длительности лечения 6,7 каждый врач за рабочую неделю пролечивает по 20 пациентов (т.е. в течение недели полностью меняется состав отделения). Из них 8-10 пациентов оперируются, остальные обследуются и лечатся консервативно.

Для сравнения, 30 лет назад средний койко-день в отделении экстренной хирургии городской больницы составлял 15 (при тех же 3 врачебных ставках). Таким образом, интенсивность работы врачей-хирургов возросла за это время в 2,2 раза. Справиться с этой нагрузкой в клинике помогаютрачи-интерны и сотрудники кафедры хирургических болезней, которые активно участвуют в лечебной и оперативной работе.

Укомплектованность средним медицинским персоналом также составляет 100%, но 63% из них – совместители - студенты старших курсов медуниверситета. Они работают не более 2 лет, приобретают профессиональные навыки в работе с пациентами, что, безусловно, помогает им на первых порах в своей врачебной деятельности. Однако эта текучесть среднего медперсонала в значительной степени нарушает преемственность в работе, в той или иной степени снижает уровень оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам хирургического отделения.

Основные показатели использования коечного фонда за последние 2 года приведены в таблице 1.

Таблица 1. Основные показатели использования коечного фонда

Показатель	2013 год	2014 год (план)
Пролечено	3041(2844)	2900(2844)
Умерло	61	62
Общая летальность	2%	2,1%
Оборот койки	50,7 (47,4)	48,3 (47,4)
Занятость койки	102%	102%
% использованных больных	106,9	102
Средняя длительность лечения	6,4(6,7)	6,7(6,7)
Иногородные больные	308	304

За последние 10 лет работы средняя длительность лечения уменьшилась на 1 день, что привело к увеличению числа пролеченных пациентов на 300-400 в год. Остальные показатели не претерпели существенных изменений.

Основные показатели лечебной работы и основные нозологии в отделении приведены в таблице 2.

Таблица 2. Основные показатели лечебной работы и основные нозологии в отделении

№ п/п	Нозологическая форма	2013 год			2014 год		
		Выбыло больных	Средн. к/день	Умерло	Выбыло больных	Средн.к/день	Умерло
1	Острый аппендицит	247	5,5	-	196	5,1	-
2	Прободная язва желудка и 12пк	26	10,5	-	29	11,1	-
3	Ущемленная грыжа живота	41	6,1	-	50	6,5	-
4	Острая кишечная непроходимость	90	6,5	-	103	6,3	-
5	Острый калькулезный	339	8,7	-	408	9	-

	холецистит						
6	Острый панкреатит	206	10,2	-	207	11,5	-
7	Грыжа неущемленная живота	86	6,0	-	101	6,3	-
8	Открытая травма живота	14	4,7	-	18	6,4	-
9	Закрытая травма живота	17	8,5	-	11	7,9	-
10	ЧМТ	471	4,4	4	390	4,5	7
11	Язва желудка и 12п-кишки	52	7,1	-	46	6,9	-
12	Болезни печени	38	3,7	2	47	5,8	4
13	Хронический холецистит	138	6,8	-	87	6,6	-
14	Хронический панкреатит	102	8,1	5	60	11,9	6
15	Мезотромбоз	14	6,2	12	14	11	11
16	Онкология	66	11	13	116	8,7	10
17	Прочие	1094	-	24	1045	-	24
В С Е Г О:		3041	6,4	61	2928	6,7	62

Структура лечебной работы в отделении за последние 10 лет существенно не изменилась. Можно отметить лишь значимый рост количества пациентов с онкопатологией, как впервые выявленной, так и с осложненными формами, и увеличением числа пациентов с острым панкреатитом.

Самой сложной проблемой в экстренной хирургии остается лечение пациентов с острым панкреатитом, особенно его тяжелыми формами, на долю которых приходится до 25% наблюдений. Пациенты с деструктивным панкреатитом сразу после постановки диагноза госпитализируются в отделение интенсивной терапии, где применяются современные методики экстракорпоральной детоксикации, дыхательная поддержка, миниинвазивные хирургические технологии дренирования жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве, эндоскопические манипуляции на БДС и внепеченочных желчных протоках. Эти пациенты наблюдаются и оперируются только опытными хирургами, имеющими опыт в выполнении таких хирургических вмешательств. Это принесло к существенным положительным результатам в лечении этой категории пациентов, снижению осложнений и смертности в 2 раза за последние 3-4 года.

Сложной проблемой экстренной хирургии остается лечение пациентов с мезотромбозом, летальность при котором составляет 90-100%. Для экстренной диагностики этой патологии мы применяем КТ органов брюшной полости с болюсным усилением, стремимся поставить диагноз в ближайшие 6-8 часов от начала заболевания для выполнения реконструктивных операций на брыжеечных сосудах или резекции сегментарно измененных участков кишечника. Перспективными направлениями в лечении артериального мезотромбоза представляется уже начатая совместная работа с

эндоваскулярными хирургами – постановка стентов в зонах критического сужения, а в лечении венозного мезотромбоза - ранняя тромболитическая или антикоагулянтная терапия. Первые успешные шаги в этом направлении уже сделаны.

За год оперировано 1384 пациента, выполнено 1635 операций. Оперативная активность возрастает и составила 47,1 % (тогда как 10 лет назад она составляла всего 32-34%).

Применение видеолапароскопической техники придало новый импульс экстренной хирургии. Уже 33% операций на органах брюшной полости выполняется с помощью малоинвазивных методик, в том числе 83% холецистэктомий, 80% аппендэктомий (этот % значительно выше, чем в ведущих клиниках России). Лапароскопические операции мы начали применять при спаечной кишечной непроходимости и другой патологии органов брюшной полости.

Общая летальность в отделении экстренной хирургии на протяжении последних 3 лет колеблется в пределах 2-2,1%, послеоперационная – 2,7%, послеоперационные осложнения – до 1%. Все эти показатели значительно лучше показателей работы отделений экстренной хирургии клиник Москвы и Санкт-Петербурга.

Причины летальности в отделении экстренной хирургии за 2014 по своей структуре мало чем отличаются от предыдущих лет. Это мезотромбоз у 11 умерших; злокачественные новообразования у 10; хронический панкреатит у 6; болезнь Крона – у 1; холангит у 2; ИБС у 12; дивертикул 12пк с некрозом у 1; ЗЧМТ у 7; заворот сигмы у 1; цирроз печени у 4; перфорация дивертикула сигмы у 2; разрыв аневризмы брюшного отдела аорты у 3, ОНМК у 1, некротизирующий фасциомиозит бедра у 1. Средний возраст умерших составил 72 года.

Важной составляющей в работе отделения является сотрудничество в лечебной и научной сферах с кафедрой хирургических болезней №1 БГМУ (заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Кондратенко Г.Г.). Совместные обходы пациентов в отделении и реанимации, обсуждение предстоящих операций, планов работы и годовых отчетов, внедрение новых методов диагностики и лечения, подготовка диссертационных исследований – вот неполный перечень тесного взаимодействия, практической и научной составляющих в работе отделения.

За последний год разработаны и внедрены в практическую деятельность отделения:

новый подход к лечению пациентов с острым панкреатитом, который стал индивидуальным и поэтапным

периоперационная антибиотикопрофилактика бактериальных осложнений при экстренных операциях на органах брюшной полости, позволившая не только сэкономить значительные госсредства, но и избежать

большого количества осложнений, связанных с длительным применением антибактериальных средств

внедрены алгоритмы лечения пациентов с сосудистой патологией конечностей

разработана и внедрена предоперационная подготовка и ведение пациентов с доброкачественными гормонально активными новообразованиями надпочечников

выполнено стентирование мезентериальных сосудов при критической ишемии кишечника с хорошим отдаленным результатом.

АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ

Загородная Н.К¹, Предко Н.М.²

*¹Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая
больница»*

²Комитет по здравоохранению Мингорисполкома

Сестринское дело — часть системы здравоохранения, включающая деятельность медицинских сестер по укреплению здоровья населения, профилактику заболеваний, предоставление психосоциальной помощи, уход за пациентами, имеющими физические и психические заболевания, а также оказание медицинской помощи нетрудоспособным людям.

Представителям профессии «Медицинская сестра» предоставляется значительная автономия (самостоятельность в практике);

Представители профессии отвечают за самостоятельные профессионально принятые решения;

Представители профессии являются ответственными за профессиональное развитие.

Разработанный Международным Советом медицинских сестер кодекс поведения медицинских сестер, принятый в Республике Беларусь в 1997 г.. Согласно этому кодексу, ответственность медицинских сестер имеет четыре главных аспекта:

- 1) содействие укреплению здоровья,
- 2) профилактика заболеваний,
- 3) восстановление здоровья,
- 4) облегчение страданий.

Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

Основными направлениями деятельности сестринского персонала в г. Минске являются:

- оказание первичной медико-санитарной помощи – 40%;
- помощь в условиях стационара – 30%;
- реабилитация и медико-социальная помощь – 20%;
- паллиативная помощь – 10%

В городе хорошо отлажена и активно работает вертикаль управления сестринскими кадрами:

С 2006 года при комитете по здравоохранению Мингорисполкома введена должность главного внештатного специалиста по сестринскому делу.

Создан коллегиальный орган – городской Совет медицинских сестер, в состав которого входят 11 наиболее опытных и инициативных главных медицинских сестер (хотелось бы отметить, что в г. Минске Совет медицинских сестер функционирует с 1997 года). Работа городского Совета медицинских сестер проводится по годовому плану, утвержденному начальником управления лечебно-профилактической помощи комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

В мае 1997 года создано Общественное объединение «Ассоциация медицинских сестер г. Минска». На 01 марта 2015 года в состав АМС входит – 3940 специалиста со средним медицинским образованием.

Основная задача главного внештатного специалиста, Совета медицинских сестер, Ассоциации медицинских сестер - создание условий для непрерывного изучения и совершенствования новых организационных форм и технологий оказания медицинской помощи сестринским персоналом учреждений здравоохранения города с целью повышения статуса специалиста со средним медицинским образованием.

Проводится планомерная работа с кадрами по разделам:

Реализация в практическом здравоохранении решений коллегий МЗ РБ, решений коллегий КЗ МГИК, решений лечебно-контрольного Совета КЗ по вопросам сестринской службы, решений Совета медицинских сестер г. Минска с целью обеспечения современного уровня оказания медицинской помощи населению;

Разработка, внедрение в практику новых организационных форм и технологий сестринской помощи, совершенствования имеющихся методов работы специалистов со средним медицинским образованием;

Обеспечение инфекционной безопасности и соблюдению санитарно-противоэпидемического режима;

Упорядоченно ведение предметно-количественного учета лекарственных средств;

Такая организация управления сестринскими кадрами дает возможность:

- Дифференцировать элементы системы управления сестринским делом;

- Определять круг решаемых задач для каждой структуры;
 - Анализировать имеющийся кадровый состав, особенно руководителей сестринского дела, главных и старших медицинских сестер.
- Высокое качество оказания медицинской помощи специалистами со средним медицинским образованием обеспечено в клинике за счет:
- рациональной расстановки кадров (бригадный принцип организации труда в отделениях),
 - профессиональной подготовки специалистов среднего звена (непрерывное обучение на рабочих местах, посещение курсов повышения квалификации и специализация на базе учебных центров, БелМАПО, функционирование института наставничества)
 - ротации сотрудников между структурными подразделениями (взаимозаменяемость сотрудников),
 - достаточного материально-технического обеспечения,
 - контроля качества (разработано положение о проведении экспертной оценки качества выполняемых работ медицинским персоналом среднего звена),
 - наличия внутренних утвержденных стандартов процесса и алгоритмов действий,
 - освоения новых внедряемых методик специалистами среднего звена.
 - участия медицинских сестер в реализации программ производственного, инфекционного контроля, программе обращения с медицинскими отходами.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2010–2013 ГОДЫ

Короткевич Т.В., Вакульчик И.С.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического
здоровья», г. Минск, Республики Беларусь*

Смерть пациента в стационаре является неблагоприятным исходом развития болезни. Смерть пациента в стационаре, наступившая в результате несчастного случая или суицида, является чрезвычайным происшествием, которое требует тщательного разбора и анализа. В настоящее время алгоритм действий должностных лиц в случае смерти пациента от внешних причин в стационаре включает в себя:

- направление экстренного извещения в Министерство здравоохранения;
- проведение в 7-дневный срок комиссионного служебного расследования с привлечением врачей-психиатров-наркологов, работников профильных

кафедр высших медицинских учреждений образования, с принятием мер дисциплинарного и профилактического характера;

рассмотрение каждого такого случая на медицинских советах организаций здравоохранения и лечебно-контрольных советах управлений здравоохранения облисполкомов и комитета по здравоохранению Мингорисполкома;

предоставление в Министерство здравоохранения копий следующих документов:

приказа о создании комиссии и проведении комиссионного служебного расследования;

справки комиссионного служебного расследования;

приказа о наказании виновных и мерах по профилактике суицидов в организации здравоохранения;

решения медицинского совета организации здравоохранения по месту регистрации смерти пациента в стационаре от внешних причин;

решения лечебно-контрольных советов управлений здравоохранения облисполкомов и комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

Анализ случаев смерти пациентов от внешних причин в стационарных организациях здравоохранения Республики Беларусь проводится ежегодно организационно-методическим отделом ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» по данным, предоставляемым Республиканским центром экстренной медицинской помощи.

В соответствии с классификацией Национального статистического комитета Республики Беларусь к случаям смерти от внешних причин относятся случаи смерти в результате случайного утопления; самоубийства; убийства; случайного отравления алкоголем; несчастного случая, связанного с транспортными средствами; падения с высоты; случайного механического удушения и в связи с другими причинами. К случаям, связанным с другими причинами, относятся случаи гибели пациентов в результате совершения ими действий, обусловленных имеющимися клиническими проявлениями психоза (страх, бредовые идеи отношения, преследования, слуховые и зрительные галлюцинации и т.д.).

По данным, предоставленным Республиканским центром экстренной медицинской помощи, в стационарных организациях здравоохранения Республики Беларусь за период 2010 – 2013 годы было зарегистрировано 82 случая смерти пациентов от внешних причин. Из них 52 случая (63,4%) были классифицированы как самоубийства, 26 случаев (31,7%) вошли в категорию «несчастных случаев», 1 случай (1,2%) признан убийством. В 3-х случаях (3,6%) гибель пациентов в стационаре квалифицировать не удалось в связи с недостатком данных, указывающих на характер произошедшего события.

Среднегодовое число случаев смерти пациентов в стационаре от внешних причин за период 2010 – 2013 годы составило 20,5 или 0,74 случая

на 100 тыс. пролеченных пациентов (2010 г. – 26; 2011 г. – 23; 2012 г. – 18; 2013 г. – 15). В 2014 г. зарегистрировано 12 случаев смерти пациентов в стационаре от внешних причин. Таким образом, в последнее годы наметилась устойчивая тенденция снижения числа смертей от внешних причин в стационарных организациях здравоохранения республики: с 0,93 на 100 тыс. пролеченных пациентов в 2010 году до 0,54 на 100 тыс. пролеченных пациентов в 2013 году.

По имеющимся сведениям, гибель пациентов в 52 случаях (62,2%) наступила в результате прыжка с высоты или падения, в 25 случаях (30,5%) – в результате механической асфиксии; нанесение самоповреждений привело к гибели 5 пациентов (6,1%).

В указанный период большинство случаев гибели пациентов зафиксировано в общесоматических организациях здравоохранения – 72 случая (87,8%), в то время как в психиатрических стационарах республики имело место лишь 10 таких случаев (12,2%).

Количество смертей пациентов от внешних причин в стационарах, приходящееся на долю суицидов, составило в 2010 г. – 20 случаев (76,9%); в 2011 г. – 17 случаев (73,9%); в 2012 г. – 12 случаев (66,7%); в 2013 г. – 3 случая (20,0%); в 2014 г. – 3 случая (25,0%). Наибольший относительный показатель числа суицидов на 100 тыс. пролеченных пациентов зарегистрирован в 2010 году (0,72 случая на 100 тыс. пролеченных пациентов), наименьший – в 2013 (0,11 на 100 тыс. пролеченных пациентов). С большой долей уверенности можно констатировать, что в большинстве случаев суицида речь идет о различных клинических вариантах депрессивного синдрома. Депрессия считается болезнью самоубийц. До 60-70% депрессивных больных обнаруживают суицидальные тенденции и примерно 15% из них совершают самоубийства. К сожалению, большая часть таких пациентов вообще не обращается за медицинской помощью, и только четверть из них попадает в поле зрения врача-психиатра-нарколога. Многие пациенты, страдающие депрессивными расстройствами, всячески избегают обращаться за психиатрической помощью, вместо этого обращаясь за медицинской помощью в общелечебную сеть, главным образом к терапевтам, кардиологам, неврологам. До 60% больных, обращающихся за оказанием первичной медицинской помощи, имеют депрессивные расстройства различной степени тяжести. [1]

Поэтому действия по профилактике суицидов должны быть направлены, с одной стороны, на повышение доступности психиатрической помощи для пациентов общесоматических организаций здравоохранения, а с другой – на повышение уровня информированности врачей общей практики в вопросах ранней диагностики психических расстройств [2, с. 381].

Профилактика суицидов, в том числе в стационарах, в достаточном объеме регламентирована нормативными правовыми актами: приказом

Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.07.2007 № 575 «О мерах по профилактике суицидов и оказании помощи лицам, совершившим суицидальные попытки», решением лечебно-контрольного совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.10.2010 № 9 «О суицидах, совершенных в стационарных организациях здравоохранения» [3, с. 28]. Министерством здравоохранения разработаны и внедрены инструкции по оценке суицидального риска и профилактике суицидального поведения для специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи (врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, психологов), для врачей соматического профиля и для среднего медицинского персонала.

Тем не менее, анализ информации по результатам служебных расследований выявил, что одной из причин случаев смерти пациентов от внешних причин в стационарах является несвоевременное предоставление психиатрической и психотерапевтической помощи. Так, согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2012 г № 186 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных городских, центральных районных, городских, районных, и участковых больниц» для оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в больницах на 300 и более коек предусмотрено введение по 1 должности врача-психиатра-нарколога и врача-психотерапевта. Однако на 01.01.2015 в республике должности врача-психиатра-нарколога введены в 31-ом стационаре из 73-х стационаров с числом коек 300 и более. Должности врача-психотерапевта введены в 38-ми стационарах указанной мощности.

В помощь врачам соматического профиля разработаны шкалы оценки депрессии и риска суицида, но порой имеет место формальное отношение к их заполнению. В тех случаях, когда у пациента обнаруживаются депрессивные или суицидальные тенденции, необходимо обеспечить проведение консультации врачом-психиатром-наркологом. При отсутствии показаний к переводу в специализированный психиатрический стационар ответственным за ведение пациента с сопутствующей психиатрической патологией остается врач соматического профиля. Вот почему необходимо, чтобы врач общей практики владел вопросами оказания психиатрической помощи на базовом уровне.

Еще одним неблагоприятным фактором, выявленным в результате служебных расследований, является то, что медицинский персонал соматических отделений не всегда знал о пациентах, которые нуждались в активном наблюдении. Своевременное и четкое информирование дежурного персонала при передаче смены в целях организации профилактических мероприятий могли бы предотвратить смерть пациентов.

Таким образом, по результатам проведенного анализа можно сделать следующие выводы.

За период 2010 – 2013 годы в стационарных организациях здравоохранения Республики Беларусь зарегистрировано 82 случая смерти пациентов от внешних причин.

Большая часть случаев гибели пациентов в стационаре от внешних причин зафиксирована в общесоматических стационарах (87,8%).

Наблюдается устойчивая тенденция снижения числа смертей от внешних причин в стационарных организациях здравоохранения республики.

По результатам служебных расследований установлено, что факторами, способствующими гибели пациентов, являются: недостаточная подготовка медицинского персонала стационаров соматического профиля по вопросам ранней диагностики психических расстройств; недооценка медицинским персоналом состояния психического здоровья пациентов; неосведомленность о пациентах, нуждающихся в активном наблюдении.

С целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению смерти пациентов в стационарах от внешних причин необходимо обеспечить:

неукоснительное исполнение действующих нормативных правовых актов Республики Беларусь, касающихся вопросов профилактики суицидов в стационарах;

постоянный контроль со стороны руководителей организаций здравоохранения за выполнением мероприятий по профилактике суицидов;

разработка и внедрение единых шкал оценки депрессии и риска совершения суицида;

повышение образовательного уровня врачей общей практики в вопросах ранней диагностики психических и поведенческих расстройств.

Литература

1. Пелипас В.Е., Стрельникова И.Р. Депрессия и суицид в практике общесоматических лечебных учреждений // Лечащий врач. – 1998. – № 6. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lvrach.ru/1998/06/4527238> (дата обращения: 31.03.2015).

2. Ничипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология вопросы клиники, диагностики и профилактики. – СПб, 2007. – 528 с.

3. Рынков П.В. Суициды в стационарах: статистика, тенденции, меры профилактики// Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 3 (05). – С. 21-32.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ ПАЦИЕНТОВ

Пустовит И.Н.¹, Чердниченко Д.В.², Вольская А.М.¹

***Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома***

Внедрение в практическое здравоохранение стационарозамещающих ресурсосберегающих технологий является одним из актуальных направлений развития системы здравоохранения Республики Беларусь. В разных странах мира расходы на стационарные учреждения общего профиля и специализированные клиники составляют 36-49 % всех расходов на здравоохранение. Развитие системы здравоохранения в Республике Беларусь идет по пути приоритетного развития первичной медицинской помощи. На фоне снижения расходов на стационарную помощь происходит рост финансирования амбулаторно-поликлинической, расходы системы здравоохранения Республики Беларусь на которую увеличились с 31,4% в 2008 г. до 40% в 2014 г..

Количество больничных коек в Республике Беларусь ежегодно снижается преимущественно за счет сокращения неэффективно функционирующих. При этом показатель обеспеченности населения больничными койками в регионах республики превышает социальный норматив по республике (выше 9 коек на 1000 жителей). В г.Минске обеспеченность населения койками для круглосуточного пребывания в 2014 года составила 6,2 на 1000 человек, с учетом коек учреждений здравоохранения республиканского уровня - 7,67 на 1000 жителей - это вполне европейский уровень и значительно ниже, чем в регионах республики. В больничных организациях, подчиненных комитету по здравоохранению Мингорисполкома, на 31.12.2014 г. функционировало 12047 коек, по сравнению с 2013 годом количество бюджетных круглосуточных коек уменьшилось на 77.

В современных условиях функционируют следующие виды стационарозамещающих форм медицинской помощи: дневные стационары амбулаторно- поликлинических учреждений, отделения (койки) дневного пребывания в больнице, стационары на дому, стационар «хирургии одного дня».

Кроме существенного экономического эффекта дневные стационары также решают проблему госпитализации, что особенно актуально для Минска. Востребованы дневные стационары чаще в больших городах, в районах же и сельской местности в меньшей степени. При оценке динамики числа стационарозамещающих коек в последующие годы отмечается их существенное увеличение в отделениях дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических учреждениях и планомерное снижение в

стационарах круглосуточного пребывания. Так в городе Минске в 2014 г. функционировала 191 койка дневного пребывания в стационарных условиях (1,6% коечного фонда), по сравнению с 2013 годом количество коек дневного пребывания уменьшилось на 25. На долю экономичной хирургии одного дня в больницах Беларуси приходится менее 1,5 % от общего объема расходов стационарных учреждений здравоохранения.

При анализе эффективности работы дневных стационаров выделяют медицинский, социальный и экономический эффекты. Медицинский эффект деятельности дневного стационара определяется достижением конечного результата при сокращении сроков пребывания пациентов. Социальный эффект подразумевает под собой повышение доступности медицинской помощи, удовлетворенности пациентов и т.д. Экономический эффект является интегральной величиной - это снижение стоимости лечения при достижении заданного медицинского эффекта.

При всех очевидных положительных эффектах неоспоримо, 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.

Как один из вариантов ресурсосберегающих медицинских технологий в учреждении здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г.Минска функционирует хирургическое отделение с краткосрочным пребыванием пациентов, в которых выполняются плановые хирургические вмешательства пациентам с последующим врачом-сестринским наблюдением в ближайшем послеоперационном периоде и выпиской пациентов на амбулаторное лечение в сроки до 4 койко-дней.

Хирургическое отделение с краткосрочным пребыванием пациентов было открыто при реструктуризации коечного фонда путем сокращения с 60 до 20 коек существовавшего с 1987 г. отделения плановой хирургии в соответствии с приказами комитета по здравоохранению от 27.12.2012 г. №777 и от 22.01.2013 г. №26. Кроме сокращения коечного фонда отделения изменилось и организация его работы, что привело к росту числа пациентов, пролеченных на койке (оборот койки) при сокращении средних сроков лечения, увеличению хирургической активности, количества выполненных операций и прооперированных пациентов. Средняя стоимость койко-дня (в сопоставимых условиях 2012 года) увеличилась, так как в расчетах остались все «дорогостоящие» койко-дни госпитализации, включающие оперативное вмешательство, динамическое обследование и интенсивное лечение в раннем послеоперационном периоде. Сокращение сроков лечения произошло за счет второй половины госпитализации, на которую приходились койко-дни с меньшей интенсивностью лечебно-диагностического процесса. (Таблица)

			2012 г.	2013 г.	2014 г.
--	--	--	---------	---------	---------

Развернуто коек	Ед.	60	20	20
Пролечено пациентов	чел.	2063	1585	1552
Оборот койки		37,8	69,3	77,6
Количество прооперированных	чел.	1490	1462	1488
Количество операций	ед.	1568	1609	1763
Хирургическая активность	%	72,2	92,2	96,4
Средний срок лечения	к/день	8,1	3,7	3,6
Стоимость 1 койко-дня (в сопоставимых условиях 2012 г.)	тыс.руб	344,6	415,9	419,5
Стоимость лечения 1 пациента	тыс.руб	2791,7	1539,1	1510,1
Размер снижения стоимости лечения 1 пациента	тыс.руб	-	-1252,5	-1281,5
Размер снижения стоимости лечения 1 пациента	%	-	-44,9	-45,9

Комплексная оценка медицинской, социальной и экономической эффективности организации работы хирургического отделения с краткосрочным пребыванием пациентов в условиях многопрофильного стационара подтверждает высокую эффективность внедрения ресурсосберегающих технологий оказания медицинских услуг:

1. Внедрение краткосрочной госпитализации позволяет снизить расходы на лечение одного пациента на 45,9%.

2. Развитие ресурсосберегающих технологий повышает доступность медицинской помощи населению за счет сокращения сроков ожидания плановых операций и обеспечивает высокое качество за счет использования общепольничных ресурсов, высококвалифицированного медицинского персонала,

3. Организация работы отделения краткосрочного пребывания позволяет обеспечить работу коечного фонда в высокоинтенсивном режиме: увеличилось количество пролеченных и оперированных пациентов, выполненных операций, хирургическая активность при сокращении средней длительности лечения и достижении медицинского эффекта.

4. Сокращение хирургических коек круглосуточного стационара в результате развития ресурсосберегающих технологий позволяет рационально использовать кадровый и лечебно-диагностический потенциал больницы, оптимизировать и перепрофилировать коечный фонд.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ – КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ТРАДИЦИОННОЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

*Урбанович А.М., Сиваков А.П., Протасевич Д.В., Грекова Т.И.,
Руденко Ю.А.*

*Городское отделение медицинской реабилитации – Клинический центр
традиционной восточной медицины.
УЗ «10-я городская клиническая больница»*

В соответствии с приказами Комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 13.10.2008г. № 555 и от 1.04.2009г. № 211 на базе УЗ «10-я городская клиническая больница» 16.06.2009 г. создано и функционирует городское отделение медицинской реабилитации – Клинический центр традиционной восточной медицины (КЦТВМ).

Отделение является структурным подразделением больницы, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и подчиняется непосредственно главному врачу больницы. В своей деятельности руководствуется законодательством Республики Беларусь, нормативными документами Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, главного врача 10-й городской клинической больницы, коллективным договором, Уставом и правилами внутреннего трудового распорядка 10-й городской клинической больницы, должностными и рабочими инструкциями сотрудников отделения.

Клинический центр традиционной восточной медицины функционирует в тесном сотрудничестве с кафедрой рефлексотерапии БелМАПО, заведует кафедрой профессор Сиваков А.П.

В центре традиционной восточной медицины используются современные технологии рефлексотерапии, позволяющие дифференцированно проводить лечение больных с заболеваниями периферической нервной системы и внутренних органов: электропунктурное тестирование, классическая корпоральная иглотерапия, гирудорефлексотерапия, фармакорексотерапия, электроакупунктура, физиопунктурная рефлексотерапия (магнитоакупунктура, лазеропунктура). Совместно с сотрудниками кафедры рефлексотерапии БелМАПО разработаны новые методики лечения с использованием современных технологий рефлексотерапии, такие как ударно-волновая терапия, карбоксирефлексотерапия. Данные методики применяются по принципу сочетанного и комбинированного воздействия физическими факторами на точки акупунктуры, что соответствует базовым принципам и направлениям традиционной восточной медицины.

Направление в городское отделение медицинской реабилитации осуществляют врачи городских поликлиник и диспансеров. Процедуры рефлексотерапии получают стационарные больные отделений 10-й клиники. Пациенту оформляется направление установленного образца с указанием

основного и сопутствующего диагноза, а также результатов обследования, подтверждающих установленный диагноз. Прием пациентов в городском отделении медицинской реабилитации ведется по предварительной записи, которая осуществляется по телефону и при личном обращении пациента в КЦТВМ. Медицинская помощь оказывается на бюджетной основе.

При отсутствии у пациента направления на лечение или при личном обращении пациента в центр лечение проводится платно.

При поступлении пациент регистрируется в «Журнале регистрации больных» (уч. форма 001), заводится амбулаторная карта (уч. форма 025), проводится консультация пациента, составляется индивидуальный план реабилитации. Ежедневно консультативная помощь оказывается сотрудниками кафедры. На амбулаторного больного, проходящего лечение в отделении, заполняется «Карта медицинской реабилитации», которая после окончания лечения передается в поликлинику по месту жительства. Больничные листы амбулаторным больным в отделении не выдаются.

В структуре обратившихся за медицинской помощью количество стационарных и амбулаторных больных распределяется приблизительно поровну. Ежедневно в КЦТВМ получают лечение 90-100 пациентов.

Динамика показателей работы отделения за 5 лет

	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
кол-во пациентов	1254	1149	1320	1621	1765
кол-во процедур	30338	30291	30012	36644	38733
кол-во процедур на одного больного	24,2	26,4	22,7	22,6	22
выполнение плана платных услуг	111,3%	183%	125%	107%	104%

Городское отделение медицинской реабилитации – Клинический центр традиционной восточной медицины в полной мере выполняет свои функции по оказанию диагностической, лечебной и профилактической помощи пациентам; разработке и проведению мероприятий по повышению качества лечебно-профилактической работы; внедрению в клиническую практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Объемы оказания медицинских услуг и количество обратившихся за медицинской помощью пациентов увеличиваются ежегодно, что подтверждает рост востребованности методов рефлексотерапии и повышает ее терапевтическую значимость в развитии восстановительной медицины.

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТАРЧЕСКОГО ВЫВОРОТА НИЖНЕГО ВЕКА

Автушко Ж.Б., Малиновский Г.Ф.

УЗ «10-я городская клиническая больница»

Основным проявлением инволюционного эктропиона является постоянное слезотечение, обусловленное не только возрастными изменениями в тканях века и его связочном аппарате, но также неправильным и длительным закапыванием глазных капель и неправильным вытиранием слезы. Демографическая ситуация в мире складывается таким образом, что наблюдается устойчивая тенденция увеличения числа лиц пожилого и старческого возраста, и к 2030 году прогнозируется увеличение лиц старше 60 лет до 2 млрд. человек. Результаты нашего обследования пациентов данной возрастной категории в госпитале инвалидов Великой отечественной войны им. П.М. Машерова показали, что около 65% из них предъявляли жалобы на упорное слезотечение, обусловленное старческим выворотом слезной точки и нижнего века. Все это делает проблему актуальной и социально значимой.

Известно большое количество способов устранения старческого выворота и связанных с ним различных патологических проявлений, суть которых заключается в укорочении хряща путем его резекции или натяжения связочного аппарата, операции, подвешивающие нижнее веко путем проведения в нем поддерживающих элементов (склеры, сухожилия), комбинированные операции на нескольких анатомических структурах. Как показали дальнейшие исследования причин инволюционного эктропиона, важную роль в механизме его развития играет нарушение функции ретрактора нижнего века. Поэтому проведение различных вариантов блефаропластики без учета функции ретрактора не позволяет получить хороший функциональный, а тем более косметический результат.

Цель исследования. Улучшить функциональные и косметические результаты хирургического лечения старческого выворота нижнего века путем разработки новых способов его лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 106 пациентов в возрасте от 60 до 87 лет со старческим выворотом нижнего века. Всем пациентам проведено обследование по разработанному алгоритму.

Нами разработана рабочая классификация старческого выворота нижнего века, по которой мы выделяем 4 степени инволюционного

эктропиона: предвыворот, точечный выворот, медиальный выворот и полный выворот. В зависимости от степени выворота нижнего века и с учетом функции ретрактора разработаны и запатентованы способы блефаропластики: 1).Способ устранения слезотечения глаза, вызванного выворотом нижней слезной точки или выворотом нижнего века № 177758 от 03.02.2011.2).Способ хирургического лечения выворота нижнего века № 17705 от 14.02.2014.

Все пациенты в соответствии с данной классификацией были распределены на 3 группы: точечный выворот – 39 пациентов, медиальный – 47, полный выворот – 3 пациента.

Результаты и обсуждение. На базе 1-го отделения микрохирургии глаза УЗ 10-я ГКБ прооперировано 106 пациентов с различными степенями выворота нижнего века. Все операции были выполнены под местной анестезией и прошли без осложнений. Главным достоинством разработанных нами методик, в отличие от предложенных ранее, является одномоментное устранение сужения, выворота нижней слезной точки и нижнего века, восстановление функции слезоотведения и обеспечение стойкого и стабильного результата при разной степени выворота нижней слезной точки.

Для эффективного использования разработанных методик операций в хирургии старческого выворота нижнего века очень важным является индивидуальный подход в каждом конкретном случае с определением четких показаний к выбору того или иного типа операции и с учетом степени выворота века.

Оценку эффективности предложенных способов хирургического лечения определяли по отсутствию или уменьшению слезотечения, положению века, тестов эластичности, горизонтальной и вертикальной слабости, медиальной и латеральной канальной слабости, положения слезной точки, ширины слезного ручья, проведение капиллярной, слезно-носовой проб. Результаты оценивались на 10 день, через 3 месяца, 1 год.

Сроки наблюдения на данный момент 1 год и более.

Выводы. Предложенные способы хирургического лечения пациентов с инволюционным эктропионом, с учетом разработанных показаний являются достаточно эффективными при начальных и средних степенях старческого выворота и позволяют получить положительный функциональный и косметический результат в 98% случаев. При полном вывороте предложенные способы не эффективны.

Литература

1.Малиновский Г.Ф., МоторныйВ.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов.-Мн.:Бел.наука,2003

2. Bashour M. Blepharoplasty, Lower Lid Ectropion Surgery // Electronic resource.- 2009. Modeofaccess: [http:// emedicine. medscape.com/article/1281565/](http://emedicine.medscape.com/article/1281565/)- Date of access: 11.10.2010.

3. Schaefer A.J.Ectropion.Lateral canthal tendom tuck with ectropion repair//Techniques in ophthalmic plastic surgery.-1986.-Pt.4.-P.139-141.

ОСТЕОМА ХОРИОИДЕИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Борисенко А.С.¹, Витт В.А.¹, Суццик О.В.¹, Волкович Т. К.², Науменко Л.В.³

10 ГКБ, г. Минск¹

*Белорусская Медицинская Академия последипломного образования²
УЗ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Александрова»³*

Аннотация. В статье представлен случай из клинической практики – выявление редкой доброкачественной опухоли – остеомы хориоидеи у беременной на 12 неделе беременности. Новообразование не влияло на зрительные функции, полностью отсутствовали какие-либо офтальмологические жалобы пациентки. Приведенный клинический случай свидетельствует о необходимости тщательного офтальмологического исследования беременных на самых ранних сроках беременности с целью исключения бессимптомной офтальмологической патологии.

Проанализированы методы диагностики и уточнения диагноза с учетом соматического состояния пациентки, наличия абсолютных и относительных противопоказаний (флюоресцентная ангиография и компьютерная томография противопоказаны при беременности). Единственно правильной тактика ведения остеомы в данном случае - динамическое наблюдение и, согласованное с гинекологом, родоразрешение путем кесарева сечения с целью исключения отрицательной динамики новообразования.

Остеогенная хористома хориоидеи (остеома хориоидеи) – это очень редкая доброкачественная медленно растущая оссифицированная (костная) опухоль. Впервые описана в 1978 г. А. Williams и соавт. Чаще всего она поражает молодых женщин во 2 – 3 декадах жизни. Опухоль в 75% случаев монокулярна, в 25 % случаев могут поражаться оба глаза, но не одновременно [1, с. 259].

Опухоль, как правило, локализуется в заднем полюсе и при вовлечении в патологический процесс макулярной области может характеризоваться постепенным снижением зрения и возникновением метаморфозий [1, с. 260]. Нарушение зрительных функций происходит крайне медленно, на протяжении многих лет, так как опухоль растет торпидно, годами. Она может

располагаться как юкстапапиллярно, так и описаны случаи циркулярного расположения вокруг диска зрительного нерва (ДЗН) [1, с. 260].

Остеома характеризуется тремя офтальмоскопическими признаками [1, с. 261]:

опухолевые массы имеют цвет от желтовато-белого до оранжевого, консистенция плотная с небольшой проминенцией (от 0,5 до 2 мм), с четкими границами и шероховатой поверхностью.

на поверхности остеомы диффузная или пятнистая депигментация пигментного эпителия сетчатки.

хорошо развита сеть новообразованных сосудов на поверхности опухоли и в ее толще.

Согласна данным литературы, сетчатка, покрывающая опухоль, длительное время остается совершенно нормальной или может присутствовать серозная отслойка с субретинальной неоваскуляризацией, но она длительно остается локальной, не влияя на зрительные функции [3, с. 120]. В далеко зашедших случаях развиваются изменения прилежащего ретинального пигментного эпителия: отслойка, пролиферация, атрофия и метаплазия. В мембране Бруха могут появляться базальные ламинарные отложения, скопления твердых и мягких друз, дезорганизация хориокапилляров, их атрофия, кистевидная дегенерация [1, с. 260].

Таким образом, остеома хориоидеи может приводить как к нарушению зрительных функций, так и длительное время оставаться совершенно бессимптомной и никак себя не проявлять. Несмотря на то, что при биомикроскопии удастся получить большую информацию о состоянии новообразования, постановка диагноза по клинической картине затруднена. Для диагностики используют дополнительные методы исследования: эхоскопию, флюоресцентную ангиографию (ФАГ), компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ)[2, с. 332]. При эхоскопии остеома характеризуется очаговой высокой рефлектирующей плотностью за счет участков окостенения ткани. На ФАГ в ранней и поздней фазах выявляют неправильной формы область с диффузной крапчатой гиперфлюоресценцией [2, с. 333]. Может обнаруживаться хориоидальная неоваскуляризация (ХНВ). КТ или МРТ – высокоинформативны за счет присутствия участков окостенения опухолевой ткани.

Следует помнить, что есть ряд заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику. Остеома хориоидеи требует дифференциации прежде всего с беспигментной меланомой, беспигментным невусом и гемангиомой хориоидеи, хориоидальным метастазом, организовавшимся субретинальным кровоизлиянием, склероидальной кальцификацией, которая развивается обычно в области сосудистых аркад на

обоих глазах, при циркулярном расположении опухоли вокруг ДЗН – с миелиновыми волокнами ДЗН.

Лечения остеома хориоидеи нет. Данное образование наблюдают в динамике. В случаях развития осложнений - кровоизлияния, гемофтальм, хориоидальная неоваскуляризация, отслойка сетчатки – проводят соответствующее симптоматическое лечение.

Прогноз для жизни благоприятный. Постепенное снижение зрительных функций связано с прогрессирующими дистрофическими изменениями в сетчатке, формированием субретинальной неоваскуляризации и нередкими субретинальными кровоизлияниями [1, с. 261].

Клинический случай

27 мая 2014 года в лазерный центр 10 ГКБ г. Минска обратилась пациентка А. 25 лет на 12 неделе беременности для осмотра с фундус-линзой. Каких-либо офтальмологических жалоб не предъявляла. Целью направления на консультацию был профилактический осмотр сетчатки. Острота зрения на момент осмотра была OD=1,0; OS=1,0. Объективно: глазные яблоки спокойны, роговица прозрачна, передняя камера средней глубины, чистая, зрачки равновеликие, реакция на свет сохранена, содружественна.

При осмотре с фундус-линзой левого глаза структурных изменений выявлено не было, тогда как на правом глазу было выявлено образование, расположенное перипапиллярно и до средней периферии. Визуализировалось как слегка проминирующее желто-белое образование с нечетко очерченным фестончатым краем, с умеренно выраженной диффузной крапчатостью по поверхности без захвата макулярной области. При этом диск зрительного нерва был бледно-розовый с четким контуром, артерио-венозное соотношение 2:3 (рис.1).

Для более тщательного дообследования в офтальмологическом консультативно-диагностическом отделении (ОКДО) 10 ГКБ пациентке были выполнены следующие диагностические методы исследования: эхоскопия, оптическая когерентная томография (ОКТ), компьютерная периметрия. Так, поля зрения обоих глаз были в пределах нормы. При ультразвуковом В-сканировании в правом глазу в заднем полюсе выявлено усиление эхоплотности оболочек с проминированием в стекловидное тело. На ОКТ OD в макулярной зоне структура слоев была сохранена, утолщение СНВ в темпоральном и назальном сегментах, ЭД ДЗН OD - 0,291. При проведении скана через образование определялось проминирование ретинального профиля за счет нижележащих структур, сетчатка над образованием была не изменена (рис. 2). ОКТ ДЗН и МЗ структурных изменений не выявила.

Обязательным в постановке верного диагноза при подозрении на остеома хориоидеи является выполнение флюоресцентной ангиографии. Однако, беременность является противопоказанием для проведения данного

обследования. В связи с чем, была выполнена фоторегистрация глазного дна правого глаза с целью дальнейшего динамического наблюдения.

Также пациентке было выполнено МРТ-исследование головного мозга и орбит, согласно которому было выявлено образование с широким основанием, интимно примыкающим к задней стенке правого глазного яблока размерами - 0,6×0,25×0,8 см по структуре сопоставимое с костной тканью. Внутривенное контрастирование не выполнялось ввиду беременности. В веществе головного мозга зоны измененного сигнала не обнаружены (рис. 3,4).

С целью постановки окончательного диагноза пациентка была направлена на консультацию к онкоофтальмологу УЗ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Александрова», где был подтвержден диагноз «Остеома хориоидеи».

Наблюдение пациентки в динамике через 2 недели и 1 месяц отрицательной динамики в течение заболевания не выявили в связи с чем, было принято решение о дальнейшем динамическом наблюдении. С целью исключения осложнений течения остеомы хориоидеи рекомендовано по согласованию с гинекологом родоразрешение путем кесарева сечения.

Выводы

1. Исходя из особенностей клинического случая, описанного выше, можно сделать вывод о необходимости тщательного офтальмологического осмотра беременных на самых ранних сроках беременности для исключения бессимптомной патологии органа зрения.

2. Проводить перечень обследований для подтверждения диагноза, учитывая общее соматическое состояние пациента, абсолютные и относительные противопоказания.

3. При доброкачественном течении остеомы хориоидеи обязательно активное динамическое наблюдение с целью избежания отрицательной динамики и предупреждения развития отслойки сетчатки и ХНВ, как наиболее частых осложнений опухоли.

Литература

1. Бровкина А. Ф. Онкоофтальмология - Москва 2002 – С. 259-261.
2. Кански Дж. Дж. Клиническая офтальмология - Москва 2006 – С. 332-333.
3. Пачес А. И. Клиническая онкология органа зрения - Москва 1980 – С. 120-121.



Рис. 1. Глазное дно OD пациентки А. при осмотре с фундус-линзой

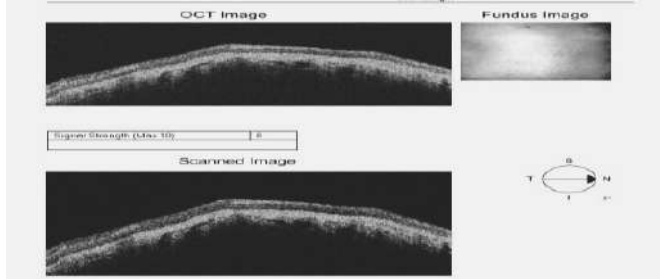


Рис. 2. ОКТ новообразования OD пациентки А.



Рис. 3,4. МРТ головного мозга пациентки А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Василевич А. П., Кондратенко Г.Г., Бурко И.И., Короленко Г.Г.,
Есенкин А.В.*

1-я кафедра хирургических болезней БГМУ, 10-я ГКБ г. Минск

Опухоли надпочечников относятся к числу редких новообразований (НН) и составляют в настоящее время 15-27 случаев на 100 000 населения в год [1, с 659]. Данные объемные НН могут оказаться как гормонально-неактивными, так и гормонально-активными, исходить из различных слоев надпочечника или иметь неспецифическую органную принадлежность, доброкачественную либо злокачественную природу. Гормональная активность большинства НН приводит к формированию клинических синдромов – гиперкортизолизма, первичного гиперальдостеронизма, развитию клинической картины феохромоцитомы, верилизирующего или феминизирующего синдромов.

Лечение гормонально активных НН является одной из сложных и актуальных проблем эндокринной хирургии, так как при сравнительно небольших размерах большинство этих опухолей приводят к серьезным нарушениям в системе гомеостаза, развитию стойкой артериальной гипертензии, тяжелым сосудистым осложнениям, сердечной и почечной недостаточности.

Сложной остается диагностика НН, т.к. большинство вызываемых ими синдромов не являются клинически специфическими и не диагностируются при проведении стандартных лабораторных исследований.

Своевременное удаление пораженного надпочечника вместе с опухолью – единственный радикальный метод их лечения, позволяющий сделать пациента практически здоровым, предотвратить его инвалидизацию, а порой и летальный исход.

В хирургических стационарах 10-й ГКБ г. Минска за период с 1987 по 2014 г.г. с новообразованиями надпочечников пролечено более 1000 пациентов, из них оперировано 515, у 287 (55,7%), т.е. более чем у половины, обнаружены гормонально-активные опухоли. Это были: кортикостерома у 94 (32,8%) пациентов, альдостерома - у 106 (36,9%), феохромоцитома – у 85 (29,6%) и андростерома – у 2 (0,7%).

Кортикостерома – кортизол продуцирующая опухоль коры надпочечников, клинически проявлялась синдромом гиперкортизолизма (с-м Иценко-Кушинга). Характеризовалась односторонним поражением, имела округлую или овальную форму, желто-коричневый цвет, размером от 2,5 до 5 см (чаще 4 см). Морфологически новообразование было представлено темноклеточной и смешанной аденомой пучковой зоны коры надпочечников с умеренным клеточным и ядерным полиморфизмом. Топическая диагностика НН сводилась к выявлению объемного образования округлой

формы, неоднородной структуры с плотностью 10-49ед.Х. Капсула вокруг опухоли не определялась, имелась гипотрофия контралатерального надпочечника. В лабораторной диагностике определяли уровни АКГГ, кортизола, проводили дексаметазоновые тесты.

Альдостерома – доброкачественная альдостерон-секретирующая опухоль клубочковой зоны коры надпочечников, клинически проявлялась гипер-калиемической артериальной гипертензией, нейромышечными нарушениями и почечными расстройствами (полиурия, никтурия, изогипостенурия и др.) – с-м Конна. Размер опухоли был до 3см., на разрезе охряно-желтого цвета с гладкой поверхностью. Морфологически – аденомы с наличием светло- и темноклеточных участков с клетками клубочковой и пучковой зоны, т.к. в условиях опухолевой трансформации клетки разных зон коркового вещества могут секретировать альдостерон. Имелся клеточный и ядерный полиморфизм, зоны кровоизлияния, скопления липохрома, который окрашивал опухоль в охряно-желтый цвет. Топическая диагностика сводилась к выявлению на УЗИ, КТ, МРТ округлого НН от 0,5 до 3см. в диаметре с четкими контурами и нативной плотностью > 10-11 ед. Х. Лабораторная диагностика строилась на многократном определении уровня альдостерона в крови, оценки активности ренина плазмы, содержания К⁺ и N⁺ в сыворотке крови. Важное значение в диагностике альдостеромы мы придавали индексу соотношения уровня альдостерона к активности ренина плазмы, который в норме < 20, а у больных с альдостеромой >50.

Феохромоцитома – опухоль нейроэктодермального происхождения из хромафитных клеток мозгового вещества надпочечников, продуцирующих катехоламины. Поэтому основным ее симптомом являлась артериальная гипертензия с характерными гипертоническими кризами. Макроскопически опухоль имела округлую форму, иногда была бугристой, с плотной фиброзной капсулой. На разрезе - пятнистая, буровато - коричневой окраски с участками некроза, кровоизлияний и обызвествления. Микроскопическая картина была пестрой, обусловленная неоднородностью клеточного состава опухоли; встречались клетки разной формы и величины, одно- и многоядерные, с различной степенью окраски цитоплазмы гематоксилином и эозином; клеточный и ядерный полиморфизм встречался более чем в 20% наблюдений. На КТ с болюсным усилением имелось четкое изображение границ НН, анатомо-топографических взаимоотношений между смежными органами и тканями. Лабораторная диагностика сводилась к определению метанефрина и норметанефрина в крови.

Классическая люмботомия считалась методом выбора в хирургии опухоли надпочечников в течение почти 80 лет. Этот метод травматичен, так как используется разрез с рассечением большого мышечного массива, резекцией ребер, вскрытием плевральных синусов.

Первая видеолaparоскопическая адреналэктомия в нашей клинике была выполнена в 2001г. Луцевичем О.Э. и после этого малоинвазивные вмешательства стали основным стандартом в лечении доброкачественных новообразований надпочечников.

ЦЕЛЬ: изучить результаты применения традиционной открытой и ретроперитонеоскопической адреналэктомии у пациентов с доброкачественными гормонально-активными НН, оценить преимущества и недостатки каждой из них для дальнейшего совершенствования хирургического вмешательства у этой сложной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 115 пациента с доброкачественными, гормонально-активными НН в хирургических отделениях УЗ «10-я ГКБ» г. Минска за период с 1988 по 2014 годы. В зависимости от вида хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы сравнения. Первую (контрольную) группу (КГ) составили 65 пациентов, которым адреналэктомия выполнялась открытым люмботомическим доступом в XI-м межреберье. Пациентам (n=50) второй (опытной) группы (ОГ) сравнения выполняли эндовидеохирургическую ретроперитонеоскопическую адреналэктомию задним доступом [2,с 828]. При оценке результатов лечения учитывали следующие критерии: продолжительность операции, частоту интраоперационных и послеоперационных осложнений, объем кровопотери; средние сроки антибактериальной терапии; длительность приема обезболивающих средств; средние сроки активизации (двигательная активность и самообслуживание); средние сроки сохранения температурной реакции и лейкоцитоза в сыворотке крови; длительность послеоперационного пребывания в стационаре. Методом анкетирования были изучены отдаленные результаты хирургического лечения 20-ти пациентов опытной группы в сроки от 1,5 до 4 лет после операции.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи прикладных компьютерных программ «Microsoft Office Excel» и «Statistica 6,0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Две группы сравнения пациентов по полу и возрасту были сопоставимы. В КГ средний возраст составил $40 \pm 13,8$ лет, в ОГ - 47 ± 14 ($p > 0,05$). Женщин в первой группе было 67,7%, мужчин – 32,3%, во второй – 76% и - 24% соответственно ($p > 0,05$). Группы оказались сопоставимы и по клинико-морфологическим формам заболевания с недостоверным преобладанием кортикостером в КГ и альдостером в ОГ. Пациенты с феохромоцитомами в КГ составили 32,3%, в ОГ- 28% ($p > 0,05$). Они были также сопоставимы и по локализации гормонально-активных НН с правосторонним преобладанием в каждой группе.

Продолжительность оперативного вмешательства в КГ составила 95 ± 20 минут, а в ОГ это время было почти в 2 раза большим – 158 ± 57 минут ($p < 0,05$).

Объем кровопотери в ОГ был незначительным - менее 150 мл у 96% случаев и только у 2(4%) пациентов он превысил 300 мл., что значительно меньше, чем в КГ, где этот показатель составил 665 ± 75 мл ($p < 0,05$). В 20% случаях после выполнения открытой адrenaлэктомии возникла необходимость в гемотрансфузии до 1000мл эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы.

При выполнении видеоэндоскопической операции у 4 (8%) пациентов развился пневмоторакс, что потребовало дренирования плевральной полости во время операции. В КГ пневмоторакс был отмечен в 2 (3%) случаях, но не во время операции, а в раннем послеоперационном периоде.

После открытой адrenaлэктомии у 11(16,9%) пациентов развились осложнения со стороны операционной раны. Это были: гематомы(4), гнойное воспаление (4), лигатурные свищи (2), серома (1). Релаксация передней брюшной стенки была отмечена у 8(12,3%) пациентов из КГ, в то время как в ОГ только у 1(2%) пациента имел место локальный парез мышц живота. У 15(23%) пациентов из КГ в первые двое суток после операции возник парез кишечника, что подтверждает травматичность открытого хирургического метода.

Послеоперационный период у пациентов, которым выполнялось малоинвазивное вмешательство, протекал значительно легче, чем у пациентов после открытой адrenaлэктомии. Это проявлялось в первую очередь более быстрой активизацией пациентов и комфортным общим состоянием, отсутствием выраженного болевого синдрома и осложнений со стороны операционной раны, нормализацией показателей крови и температуры тела в течение 3 дней против 6 в КГ ($p < 0,05$). Длительность периода назначения анальгетиков после адrenaлэктомии был достоверно короче у пациентов ОГ- 4 ± 2 дня, чем у пациентов КГ- $8,7 \pm 3,8$ дня ($p < 0,05$). Антибактериальная терапия в ОГ сводилась к однократному профилактическому введению цефалоспоринов 2-го поколения за 2 часа до операции у 15(30%) пациентов, у остальных – 35 (70%) она продолжалась $4 \pm 1,8$ дней против $11 \pm 4,4$ дней в КГ ($p < 0,05$). Средние сроки стационарного лечения в послеоперационном периоде в группах сравнения также имели существенное различие и составили в КГ – $16,7 \pm 4,2$ дней, а в ОГ только - 7 ± 3 дней ($p < 0,05$).

При оценке отдаленных результатов адrenaлэктомии у пациентов ОГ с доброкачественными, гормонально-активными НН отмечена нормализация гормонального фона во всех случаях, уровня АД - у 55% без дополнительного приема гипотензивных средств, у 45% пациентов цифры

АД компенсировались приемом этих препаратов, в то время как до операции существенного эффекта от медикаментозной терапии не было.

Таким образом, сравнительный анализ двух методик адrenaлэктомий у пациентов с доброкачественными гормонально-активными НН выявил безусловное преимущество малоинвазивного вмешательства над традиционной открытой операцией. По мере совершенствования техники данной операции, длительность адrenaлэктомии сократилась до 1,5-2 часов, а развитие пневмоторакса в течение последних трех лет мы не наблюдали.

В заключении мы хотим подчеркнуть, что хирургическое лечение пациентов с НН должно проводиться в специализированных клиниках, где доступны современные методы лабораторной гормональной и лучевой топоческой (КТ, МРТ) диагностики, имеется необходимое оснащение и подготовленные специалисты.

Литература

1. Савельев С.В., 80 лекций по хирургии / С.В. Савельев, А.А.Адамян, М.Абакумов. – М.: ГЭОТАР – Ме, 2008 – 912с.
2. Giebler R.M., Walz M.K., Peitgen K. et al. Hemodynamic Changes After Retroperitoneal CO₂ Insufflation for Posterior Retroperitoneoscopic Adrenalectomy / Anesth Analg. – 1996. – Vol.82.-P.827-831.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

*Вергейчик А.Н. Исачкин В.П. Грицкова Л.В. Доведько Н.Г.
Курсанова Н.М. Егорова Е.Г. Жура К.Б.*

УЗ «10-я городская клиническая больница»

Опухания и выпадения внутренних половых органов относятся к той патологии, с которой врач встречается часто, но не всегда правильно и своевременно решает вопрос о лечении и реабилитации таких пациенток.

В настоящее время повышенное внимание к качеству хирургического лечения пролапса гениталий связано не только с высокой распространенностью этого заболевания (до 40% в разных возрастных группах) но и его ежегодным ростом.

Одной из основных проблем является увеличение числа молодых, социально и сексуально активных, женщин, страдающих несостоятельностью тазового дна. Не менее одной трети числа пациенток с выпадением половых органов составляют женщины фертильного возраста, что делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

С увеличением количества гистерэктомий отмечается увеличение числа пациенток с пролапсом после радикальных операций на матке (постгистерэктомический пролапс). Пролапс культи влагалища или шейки матки после гистерэктомии у женщин, не имевших признаков опущения половых органов до операции, составляет 4-7% ,а при наличии начальных признаков опущения до оперативного вмешательства достигает 43%. Все выше перечисленное привело к увеличению доли апикальных форм выпадения половых органов, которые трудно поддаются коррекции традиционными методиками.

В результате многочисленных и функционально неэффективных вмешательств по коррекции пролапса возникают рецидивы, которые развиваются у каждой третьей пациентки (от 33 до 61,3%) в течение первых трех лет после операции. Это часто является причиной инвалидизации пациенток.

Функциональные расстройства смежных органов развивающиеся у 85,5% больных с опущением и выпадением внутренних половых органов приводят к нарушениям генеративной, сексуальной функции и нарушают процессы дефекации и мочеиспускания. Выше перечисленные изменения влияют на психическое состояние, работоспособность и качество жизни женщины, и могут привести к ее социальной изоляции.

При проведении хирургического лечения должна проводиться не только одновременная коррекция всех анатомических дефектов во время оперативного вмешательства, но и восстановление нарушенных функций смежных органов, сексуальной функции и максимально быстрая социальная реабилитация пациентки.

Сакропексия - наиболее патогенетически обоснованное вмешательство для достижения этих целей. Многолетний опыт ее применения показал превосходную толерантность и долгосрочную эффективность этой операции.

По заключению Американской коллегии акушеров-гинекологов (2007) сакропексия наиболее эффективная методика для лечения апикального пролапса, является предпочтительной операцией у пациенток с выраженными и рецидивными формами выпадения половых органов, а также у сексуально активных женщин.

Однако в Республике Беларусь до настоящего времени методике не было уделено должного внимания и опыт ее применения, ограниченный небольшим количеством наблюдений, не был представлен в литературе.

Лапароскопический доступ в коррекции пролапса вызывает большой интерес во всем мире. Лапароскопический доступ имеет такие ее преимущества (сравнению с лапаротомией) как меньшая травматичность, снижение кровопотери, сокращение сроков пребывания в стационаре и более быстрое восстановление трудоспособности.

В отделении гинекологии с мая 2014 года было выполнено 10 сакропексий лапароскопическим доступом в различных модификациях. Возраст пациенток от 45 до 69 лет. Время проведенного вмешательства от 125 минут до 189 минут. Из прооперированных пациенток попутно одной была выполнена субтотальная гистерэктомия, остальным вмешательство проведено с сохранением матки. В четырех случаях вмешательства были дополнены передней кольпоррафией, в трех кольпоперинеолеваторопластикой, в одном операции Штрурмдорфа. Выписка пациентов из стационара произведена на 5-6 сутки. По ходу операции в одном случае было кровотечение из вен крестца во объеме 150 мл - гемостаз произведен биполярным коагулятором. Оперативное вмешательство закончено лапароскопическим доступом. В одном случае у пациентки в послеоперационном периоде развился правосторонний ишиаз. К моменту выписки болевой синдром купирован после применения НПВС ректально. При повторных осмотрах через 2, 6 месяцев рецидивов пролапса не выявлено, жалоб со стороны мочеполовых органов и качества жизни пациентки не предъявляли.

Исходя из мирового и собственного опыта лапароскопическая сакропексия является приоритетным методом лечения апикальных и рецидивных форм пролапса, а у женщин, ведущих активную половую жизнь, должна являться методом выбора.

При проведении этой операции показано одномоментное устранение всех дефектов тазовой фасции. Это позволит получить максимально эффективный результат от операции. Высокая частота различных нарушений мочеиспускания (70,3%) и возможность скрытого недержания мочи (12,1%) у пациенток с пролапсом гениталий, доказывают необходимость проведения перед операцией комплексного уродинамического исследования. Сопутствующие оперативные вмешательства, корригирующие стрессовое недержание мочи, должны выполняться по показаниям.

В объем предоперационного обследования пациенток с пролапсом должны быть включены клинические и инструментальные методы для комплексной оценки изменений тазового дна. В объем стандартного предоперационного обследования пациенток с пролапсом гениталий необходимо включать измерение размеров шейки матки при ультразвуковом исследовании. Это позволит исключить ее элонгацию и выбрать адекватный объем гистерэктомии (при наличии показаний).

При выполнении сопутствующей гистерэктомии и отсутствии патологии шейки матки предпочтение должно отдаваться надвлагалищной ампутации матки. При выраженных формах цистоцеле показано проведение ретциоскопии. При обнаружении латеральных дефектов пубоцервикальной фасции показано выполнение паравагинальной реконструкции, предпочтительно с использованием синтетического протеза. При

выраженных формах ректоцеле, для его лучшей коррекции, необходимо фиксировать заднюю сетку протеза к пуборектальным мышцам.

После проведения сопутствующей тотальной гистерэктомии ушивать культю влагалища следует двумя рядами швов. Сетчатый протез фиксировать на расстоянии не менее 2 см от линии отсечения влагалища.

Всем пациенткам с пролапсом гениталий, учитывая выраженные дистрофические нарушения слизистой влагалища и хронический дисбактериоз, показано предоперационное проведение санации влагалища с целью профилактики гнойно-септических осложнений и снижения риска развития эрозии влагалища. В перименопаузе и менопаузе показано проведения местной гормонотерапии.

Исходя из собственных наблюдений за пациентками, которым была выполнена лапароскопическая сакропексия, можно сделать следующие выводы: данное оперативное вмешательство при полной предоперационной подготовке, должном обследовании и проведении оперативного вмешательства с учетом рекомендаций к технике операции позволяют сократить частоту рецидива генитального пролапса и повысить качество жизни оперируемых пациенток.

Литература

1. Адамян Л.В., Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Способ лапароскопической гистеро-вагинопексии .В сборнике « Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний».- М.-2006.-с.144-145.

2. Мустиви Н.А.Коррекция пролапса гениталий лапароскопическим доступом. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М. — 2010. — 7-22 с.3. В. И. Кулаков, Л. З. В. Адамян, О. А. Мынбаев. Оперативная гинекология хирургические энергии. Москва, Антидор, 2000, 860 стр.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Волчок Н.В., Дrajина О.Г., Курек Н.О., Васильев С.А.

УЗ «ГКРД №2», г.Минск, РБ

Одной из важнейших социальных и медицинских проблем является проблема рождаемости, которая зависит как от социально-экономических условий и среды проживания в регионе, так и от состояния репродуктивной способности женщин. При частоте бесплодных браков более 15 %, возникает социально-демографическая проблема в масштабе государства.

В структуре женского бесплодия лидирующее положение занимает патология труб – 50-60%, различные гинекологические заболевания - 20-50%, эндокринная патология -20-30% [1].

Внедрение в клиническую практику лапароскопии явилось новым этапом в лечении бесплодия, ее диагностическая ценность в выявлении причин женского бесплодия составляет 98%, лечебный эффект достигает до 50-60% при поликистозных яичниках, до 30-35% при патологии маточных труб, до 45% при других гинекологических заболеваниях.

Был проведен анализ 148 лапароскопий, проведенных пациенткам бесплодием в гинекологическом отделении УЗ «ГКРД №2». Средний возраст женщин составил $30 \pm 1,2$ года. Первичное бесплодие было у 109 (74%) женщин, вторичное - у 39 (26%). Предоперационная подготовка включала в себя рутинные клиничко-лабораторные обследования. Лапароскопия производилась по общепринятой методике с использованием стандартного эндоскопического оборудования фирмы Wolf.

По данным лапароскопий у 117 (79%) пациенток был диагностирован хронический сальпингоофорит, из них у 28 (у каждой четвертой) - с формированием гидросальпинксов, у 52 (у каждой второй) - со спаечным процессом органов малого таза. Односторонний гидросальпинкс был у 11 женщин, двухсторонний – у 17.

При наличии спаечного процесса органов малого таза во время лапароскопии выполняли адгезиолизис и/или сальпингооовариолизис.

Тип оперативного вмешательства на маточных трубах при обнаружении гидросальпинкса (фимбриопластика, сальпингостомия, сальпингонестомия или тубэктомия) определялся индивидуально, с учетом таких критериев, как возраст пациентки, частота рецидивов воспалительных заболеваний придатков матки, наличие в анамнезе реконструктивно-пластических операций на трубах, степень выраженности спаечного процесса, размер гидросальпинкса, состояние стенки маточной трубы.

Двухсторонняя тубэктомия была выполнена 8 пациенткам, односторонняя – 12, в остальных случаях - реконструктивно-пластические операции на трубах.

Наружный генитальный эндометриоз был диагностирован у 44 (30%) женщин, из них у 21 – малая форма, у 10 – средняя форма, у 13 – тяжелая форма эндометриоза.

Во время лапароскопии 30 пациенткам была произведена коагуляция очагов эндометриоза, 14 - резекция очагов эндометриоза. Одной женщине с синдромом хронических тазовых болей была выполнена денервация матки путем пересечения крестцово-маточных связок.

У 21 (14%) пациентки был выставлен диагноз поликистозных яичников, также у 21 (14%) была диагностирована миома матки, у 12 (8%) – опухоли яичников, у 1 (1%) – врожденный порок развития матки (полное удвоение

матки). При поликистозных яичниках 4 женщинам была проведена декортикация яичников, 14 – клиновидная резекция яичников, 3 – диатермопунктура. При миоме матки проводилась консервативная миомэктомия, при опухолях яичников - во всех случаях цистэктомия.

У 28 пациенток при проведении лапароскопии в 1 фазу цикла были выявлены фолликулы различной степени зрелости, у 32 при проведении лапароскопии во 2 фазу цикла было желтое тело со стигмой. У остальных 88 (59%) женщин не были видны ни растущие фолликулы, ни желтое тело.

Таким образом, самым частым лапароскопическим диагнозом у женщин с бесплодием был хронический сальпингоофорит (у 117, 79%), затем отсутствие овуляции (у 88, 59%, из них у 21 были поликистозные яичники), эндометриоз (у 44, 30%), миома матки (у 21, 14%), опухоли яичников (у 12, 8%), врожденный порок развития матки (у 1, 1%).

У 56 (38%) пациенток был выставлен только один лапароскопический диагноз, у 56 (38%) – два, у 30 (20%) - три, у 5 (3%) - четыре, у одной (1%) – пять.

Известны данные о судьбе 76 женщин в течение 1 года после операции. У 19 (25%) из них наступила беременность. У 7 из этих 19 женщин во время лапароскопии был диагностирован хронический сальпингоофорит без нарушения проходимости труб и с признаками овуляции, у 5 - поликистозные яичники без нарушения проходимости труб, у 4 - хронический сальпингоофорит без нарушения проходимости трубки малая форма эндометриоза, у 1 – опухоль яичника (фиброма) без нарушения проходимости труб, у 1 - малая форма эндометриоза без нарушения проходимости труб, у 1 - хронический сальпингоофорит с формированием гидросальпинксов. Эффективность лапароскопии в лечении бесплодия в течение года после операции при поликистозных яичниках составила 24%, при трубно-перитонеальном факторе - 10%, при другой гинекологической патологии - 4%.

Литература

1. Кулаков, В.И. Болезнь поликистозных яичников (БПКЯ): сравнительное изучение эффективности различных видов эндоскопических операций / В.И. Кулаков, А.С. Гаспаров // Проблемы репродукции, 2000. - № 2. - с.31-36.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ГЕМОДИНАМИКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННОЙ

Долина И.В., Дразжина О.Г

*Кафедра болезней уха, горла, носа БГМУ,
кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины
БелМАПО*

Анализ литературных данных показал, что, затруднение дыхания через нос является самой распространенной ринологической жалобой периода гестации и оказывает отрицательное влияние на функциональное состояние организма матери и на формирование и развитие плода (Н.Х. Агаева, 1972; В.М. Карпухин, И.А. Шульга, 2006; E. Ellegard et al., 1998; E. Ellegard, G. Karlsson, 1999; 2006; G.A. Incaudo, 2004)[8;9;10;11].

Вазомоторный ринит развивается у 5-32% женщин в период гестации и проявляется триадой симптомов: назальной обструкцией, прозрачной ринореей, чиханием. Наиболее часто его первые признаки появляются в конце первого триместра, могут сохраняться на протяжении всей беременности и исчезают в течение нескольких недель после родов (E.K.Ellegard, 2006)[10]. Основой развития вазомоторного ринита у женщин во II и III триместрах являются гемодинамические изменения в сосудах слизистой оболочки полости носа, вызванные изменением гормонального статуса, увеличением объема циркулирующей крови, что приводит к отеку слизистой оболочки полости носа. Существующие методы оценки гемодинамики не всегда могут быть применимы у беременных, что стимулирует поиск и разработку новых методов обследования у данной категории пациентов.

Ультразвуковые методы диагностики применяются в различных областях медицины более 30 лет. Эти методы диагностики основаны на эффекте Допплера, описанного S.Satomura в 1957 году. Сущность этого метода состоит в измерении частоты ультразвуковых колебаний отражаемые движущимся объектом. Величина доплеровского сдвига – разница между частотами, генерируемые датчиком и отраженными форменными элементами крови, - зависит от направления и скорости движения крови, косинуса угла между осью сосуда и ультразвуковым пучком, а так же скорости распространения ультразвука в тканях. Приближающийся к датчику объект вызывает положительный, а отдаляющийся – отрицательный сдвиг частот, что позволяет определить направление кровотока. Разница частот пропорциональна скорости движения элементов крови. Основными параметрами доплерограммы являются скоростные характеристики потока и уровень периферического сопротивления. Значения линейной скорости кровотока определяют по максимальной скорости кровотока в контрольном объеме в текущий момент времени. Систоло-диастолический индекс и индекс резистентности измеряемый в этмоидальных артериях отражают уровень периферического сопротивления.

Исследование сосудистой сети слизистой оболочки полости носа ранее проводилось различными методами: риноплетизмографии (Л.А. Лучихин, 1974), контактной микроскопии (М.С. Плужников и соавт., 1980), ринореографии (И.Ф. Кандауров, И.Ф. Служаев, 1978; Я.А. Накатис и соавт., 1984; А.Г. Волков и соавт., 2002), эндоназальной ультразвуковой доплерографией (С.Б. Мосихин и соавт., 2004)[1;2;3;4;5]. Все описанные методики требуют большого количества времени для их проведения и не всегда могут быть использованы для диагностики патологических состояний у беременных. В тоже время не описаны данные нормальных параметров гемодинамики сосудов слизистой оболочки полости носа у здоровых беременных женщин и больных вазомоторным ринитом.

Цель исследования

Оценка предложенной чрезкожной методики ультразвуковой доплерографии и изучение нормальных параметров гемодинамики (систолической, диастолической линейной скорости кровотока, систоло-диастолического индекса, индекса резистентности) сосудов слизистой оболочки полости носа у здоровых беременных женщин и больных вазомоторным ринитом во II и III триместрах.

Материалы и методы

Работа выполнялась на базе УЗ «Роддома №2» г. Минска. Было обследовано 11 здоровых беременных женщин, 18 беременных, страдающих вазомоторным ринитом в возрасте от 20 до 36 лет. Критериями диагностики вазомоторного ринита явилось: наличие типичных жалоб, данных оториноларингологического осмотра, функциональных изменений слизистой оболочки полости носа. Ультразвуковая доплерография проводилась на аппарате «Voluson730Expert». Для оценки кровотока полости носа были выбраны этмоидальные артерии. Способ оценки гемодинамики слизистой оболочки полости носа у беременных, включал ультразвуковую доплерографию этмоидальных артерий, определение систолической линейной скорости кровотока, диастолической линейной скорости кровотока, индекса резистентности и систоло-диастолического индекса. Исследование проводилось амбулаторно без предварительной подготовки, в положении пациенток лежа на спине по чрезкожной методике. Линейный мультислотный датчик с диапазоном частот 10-16 МГц устанавливали на область границы костной и хрящевой части крыльев носа, области проекции латеральной стенки полости носа. Выполнялась эхоскопия средней и нижней носовых раковин: сканирование проводилось глубиной 5-45 мм в В-режиме, доплеровское цветное картирование, импульсно-волновой доплер, с частой повторения импульсов 0,1-1,3 кГц, при угле локации 0-40°, контрольном объеме 1,0 мм. Сначала визуализировались сосуды, и мы дифференцировали их с артериальным спектром. Значения линейной скорости кровотока регистрировали по

максимальным показателям звукового сигнала при чистом его воспроизведении, добываясь этого путем изменения угла локации и глубины сканирования (шаг 0,1 мм).

Статистическая обработка данных проведена по методу Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Основными параметрами доплерограммы являются скоростные характеристики потока и уровень периферического сопротивления. Значения линейной скорости кровотока определяются по максимальной скорости кровотока в контрольном объеме в текущий момент времени.

Мы выявили границы параметров кровотока в этмоидальных артериях у здоровых беременных женщин во II и III триместрах. Систолическую линейную скорость кровотока 9,42-17,07 см/с, диастолическую линейную скорость кровотока 3,14 – 6,56 см/с, индекс резистентности 0,57 – 0,62, систоло-диастолический индекс 2,35–3,27 – расценивали как отсутствие нарушения кровотока в этмоидальных сосудах беременных. Средние значения систолической линейной скорости кровотока равна $13,17 \pm 2,64$, диастолической линейной скорости кровотока $5,16 \pm 1,56$, индекса резистентности $0,61 \pm 0,06$, систоло-диастолического индекса $2,64 \pm 0,43$.

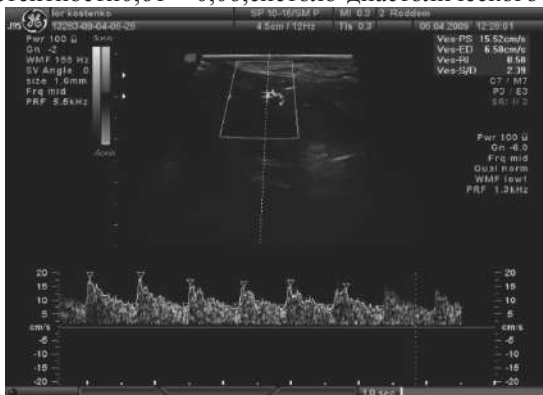


Рис 1. Допплерографическое исследование этмоидальных сосудов здоровой беременной женщины во II триместре.

Среди пациенток больных вазомоторным ринитом показатели кровотока в этмоидальных артериях были иными. Систолическую линейную скорость кровотока 2,16-8,03 см/с, диастолическую линейную скорость кровотока 1,31 – 3,13 см/с, индекс резистентности 0,36 – 0,64, систоло-диастолический индекс 1,57 – 2,84 оценивали, как нарушение кровотока в этмоидальных сосудах беременных. Средние значения систолической линейной скорости кровотока равно $5,13 \pm 2,11$,

диастолической линейной скорости кровотока $2,68 \pm 0,93$, индекса резистентности $0,45 \pm 0,12$, систоло-диастолического индекса $1,91 \pm 0,46$.

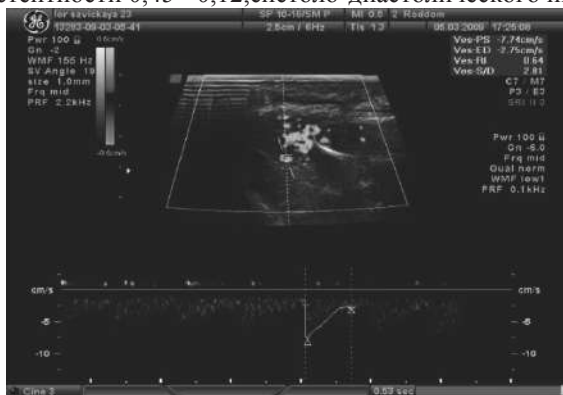


Рис 2. Допплерографическое исследование этмоидальных сосудов беременной женщины во II триместре, страдающей вазомоторным ринитом

Нами не выявлено достоверных различий между показателями состояния кровотока в этмоидальных сосудах слизистой оболочки полости носа справа и слева.

Сосуды носа имеют фенестрированный тип строения[6;7], чем ниже систолическая и диастолическая линейная скорость кровотока, систоло-диастолический индекс и индекс резистентности, тем выше вероятность возникновения застойных явлений и отека слизистой оболочки полости носа.

Проведенное исследование показало, что у беременных женщин во II и III триместрах, страдающих вазомоторным ринитом систолическая и диастолическая линейная скорость кровотока, систоло-диастолический индекс и индекс резистентности ниже, чем у здоровых беременных. Данный метод является неинвазивным, безопасным для матери и плода, безболезненным, не имеет противопоказаний, легко переносится пациентами и не требует специальной подготовки перед исследованием. Необходимо дальнейшее изучение возможностей метода в выявлении нарушений кровотока сосудах полости носа при различных патологических состояниях.

Выводы:

1. Показатели кровотока в этмоидальных сосудах у беременных во II и III триместрах страдающих вазомоторным ринитом были ниже чем у здоровых: средняя систолическая линейная скорость кровотока равна $5,13 \pm 2,11$, диастолическая линейная скорость кровотока $2,68 \pm 0,93$, индекс резистентности $0,45 \pm 0,12$, систоло-диастолический индекс $1,91 \pm 0,46$.

2. У здоровых беременных женщин во II и III триместрах средняя систолическая линейная скорость кровотока равна $13,17 \pm 2,64$,

диастолическая линейная скорость кровотока $5,16 \pm 1,56$, индекс резистентности $0,61 \pm 0,06$, систоло-диастолический индекс $2,64 \pm 0,43$.

Литература

1. Мосихин, С.Б., Баранова Е.А., Лопатин А.С. Ультразвуковая доплерография в изучении гемодинамики полости носа и околоносовых пазух // Российская ринология. – 2004. – № 2. – С. 4-7.

2. Кандауров, И.Ф., Служаев И.Ф. Эндоназальная реография // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. – №4. – С. 97-98.

3. Лучихин, Л.А. Динамика тонуса сосудов полости носа под влиянием нафтизина у больных вазомоторным ринитом / Л.А. Лучихин // Вестник оториноларингологии. – 1974. – №6. – С. 63- 67.

4. Накатис, Я.А., Рязанцев, С.В., Лопатко А.И. Комплексное изучение эндоназальных сосудистых расстройств / Я.А. Накатис, С.В. Рязанцев, А.И. Лопатко // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – №2. – С. 25-28.

5. Плужников, М.С., Накатис, Я.А., Барский, И.Я. Возможности контактной биомикроскопии в оториноларингологии / М.С. Плужников, Я.А. Накатис, И.Я. Барский // Вестник оториноларингологии. – 1980. – №2. – С. 53-57.

6. Харченко В.В. Структурно-функциональные особенности различных зон слизистой оболочки полости носа человека в норме и при некоторых формах воспалительной патологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02/Курский гос. мед. унив-т. – Волгоград. 2004. – 34с.

7. Куприянов, В.В., Карачанов, Я.Л., Козлов, В.И. Микроциркуляторное русло / В.В. Куприянов, Я.Л. Карачанов, В.И. Козлов. – Москва: Медицина, 1975. – 213с.

8. Агаева, Н.Х. Заболевания уха, горла и носа / Н.Х. Агаева. – Азербайджан, 1991. – 181с.

9. Вольф, Дж. Манн. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности. // Российская ринология. – 1997. – № 3С. 8-9

10. Ellegard, E.K. Pregnancyrhinitis // Immunol. Allergy. Clin. North Am., 2006. – Vol.26. – №1. – P.119-135.

11. Gani, F., Braidia A., Lombardi C. et al. Rhinitis in pregnancy // Allerg. Immunol. (Paris), 2003. – Vol.35. – №8 – P.306-313.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ГАМАСТАТ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Жаворонок И.С.^{1,2}, Есепкин А.В.², Карман А.Д.¹

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Республика Беларусь, Минск*

Введение. Комбинированные повреждения печени и селезенки являются наиболее тяжелым видом хирургической патологии органов брюшной полости, имеющим к тому же тенденцию к росту по всему миру. Данный факт обусловлен увеличением количества дорожно-транспортных происшествий, техногенных катастроф, вооруженных конфликтов и т.д. [1]

Как правило, травма паренхиматозных органов осложняется кровотечением, характер которого определяется диаметром поврежденных сосудов [2]. При этом даже при наиболее распространенных операциях, таких как холецистэктомия и др., достижение окончательного гемостаза является нерешенной до конца проблемой, сопряженной с большими временными затратами и техническими сложностями[3].

Не вызывает сомнения необходимость поиска новых более эффективных гемостатических средств, применение которых возможно в любых условиях, в том числе и в условиях системной гипокоагуляции.

Цель исследования: изучить гемостатические свойства нового лекарственного средства Гамастат при кровотечении из ложа желчного пузыря во время холецистэктомии.

Материал и методы. Основную группу составили 19 пациентов, у которых во время операции применено лекарственное средство Гамастат. Группу сравнения составили 5 пациентов у которых во время операции для остановки кровотечения был применен Тахокомб. После холецистэктомии ложе желчного пузыря просушивалось марлевым тампоном, затем к нему подводилась салфетка, смоченная раствором Гамастата, и прижималась печеночным зеркалом на 1 минуту. Регистрировали факт остановки кровотечения после обработки раневой поверхности печени раствором Гамастата или фиксации пластинки Тахокомба через 1 минуту, с последующим контролем полноты гемостаза в течение 10 минут. Исследовали динамику изменений цитологических и биохимических показателей крови, параметров плазменного гемостаза. Забор крови осуществляли до операции и на 3 сутки после операции. Статистическая обработка осуществлялась посредством статистических пакетов Statistica 6.0 и MedCalc 9.6.2.0.

Результаты исследования.

Основная группа состояла из 11 (57,9%) женщин в возрасте (Me 63,0 [55,0; 74,0] лет) и 8 (42,1%) мужчин в возрасте (Me 68,0 [55,0; 74,5] лет).

Группа сравнения – из 2 (40,0%) женщин (Ме 71,0 [68,0; 74,0] лет) и 3 (60,0%) мужчин (Ме 65,0 [33,0; 75,0] лет).

В основной группе из 19 пациентов у 18 (94,7%) был достигнут окончательный гемостаз, а у 1 (5,3%) пациента с интенсивным кровотечением из ложа желчного пузыря через 1 минуту после прижатия салфетки с гамастатом к ложу желчного пузыря остановка кровотечения была неполной из ложа желчного пузыря просачивалась кровь, что потребовало дополнительного гемостаза с помощью электрокоагуляции и пластины Тахокомб.

Динамика изменения биохимических показателей плазмы крови пациентов основной группы и группы сравнения приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика изменения биохимических показателей в плазме крови пациентов основной группы и группы сравнения после холецистэктомии

Условия эксперимента	Исследуемый показатель					
	Общий белок, г/л., Ме (P25; P75)	Билирубин, г/л., Ме (P25; P75)	Мочевина, ммоль/л., Ме (P25; P75)	Креатинин, ммоль/л., Ме (P25; P75)	АСТ, У/л., Ме (P25; P75)	
до операции						
ГАМАСТАТ	64,8 (62,8; 74,5)	20,6 (12,5; 34,1)	6,1 (5,5; 7,7)	94,0 (78,2; 145,0)	31,1 (25,3; 68,9)	
ТАХОКОМБ	71,4 (67,9; 71,8)	15,1 (12,3; 43,1)	6,3 (5,2; 10,0)	99,3 (98,9; 04,7)	30,3 (27,9; 5,0)	
3 сутки после операции						
ГАМАСТАТ	62,6 (58,8; 66,8)	10,8 (7,6; 20,0)	5,9 (4,8; 7,5)	81,8 (71,3; 102,0)	40,0 (27,0; 58,6)	
ТАХОКОМБ	64,0 (55,4; 73,6)	9,5 (7,5; 21,2)	6,1 (4,4; 10,3)	78,1 (76,2; 22,7)	26,6 (23,3; 7,6)	
Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, %, Ме (P25; P75) (Wilcoxon matched pairs test, * - достоверность различий биохимических показателей в плазме крови пациентов до и на 3 сутки после операции при уровне значимости P<0,05)						
ГАМАСТАТ	2,3 (-3,1; 3,3)	33,0 (5,1; 53,3)*	-5,5 (-2,7; 17,2)	6,4 (-3,0; 32,6)	-2,1 (-48,1; 14,9)	
ТАХОКОМБ	9,4 (-1,4; 7,9)	37,3 (-24,6; 61,8)	20,3 (-86,2; 44,4)	22,8 (-11,8; 24,5)	25,5 (-30,7; 49,8)	
до операции						
ГАМАСТАТ	32,7 (21,6; 80,4)			6,4 (5,8; 10,1)		31,5 (21,3; 46,9)
ТАХОКОМБ	19,8 (19,3; 23,0)		7,1 (6,4; 7,2)		46,1 (37,0;	

			49,0)
3 сутки после операции			
ГАМАСТАТ	34,5 (29,2; 79,8)	6,8 (5,5; 7,8)	36,0 (18,0; 53,3)
ТАХОКОМБ	22,1 (18,1; 30,9)	6,6 (5,8; 7,8)	37,7 (28,9; 51,8)
Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, %, Me (P25; P75) (Wilcoxon matched pairs test), * - достоверность различий биохимических показателей в плазме крови пациентов до и на 3 сутки после операции при уровне значимости P<0,05)			
ГАМАСТАТ	0,2 (-38,9; 25,7)	7,1 (-5,3; 34,1)	-24,6 (-69,0; 19,6)
ТАХОКОМБ	10,4 (-50,6; 22,6)	-2,5 (-22,7; 13,4)	7,1 (-5,3; 23,3)

При изучении динамики изменения биохимических показателей плазмы крови выявлено статистически достоверное (Me 33,0% [5,1; 53,3]) снижение концентрации билирубина на 3 сутки после операции в основной группе пациентов (p<0,05). Изменения остальных показателей были статистически не достоверны. Не выявлено статистически достоверных различий между изменениями биохимических показателей в плазме пациентов до и на 3 сутки после применения гемостатических средств у пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения (Mann-Whitney U test).

Динамика цитологических показателей крови пациентов основной группы и группы сравнения после холецистэктомии показана в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика цитологических показателей крови пациентов основной группы и группы сравнения после холецистэктомии

Исследуемые показатели	До операции		3 сутки после операции		Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции		Статистический критерий различия показателей до операции и ч-з 3 суток после операции с использованием гамастата по сравнению с тахокомбом) Mann-Whitney U test, p	
	гамастат Me (P25; P75)	тахокомб Me (P25; P75)	гамастат Me (P25; P75)	тахокомб Me (P25; P75)	гамастат %, Me (P25; P75)	тахокомб %, Me (P25; P75)		
	U	P						
Эритроциты,	4,4 (4,2;	4,6 (4,0	4,2 (3,8;	4,1 (3,9;	4,5 (-1,2;	7,4 (3,7;	30,0	0,263553

10 ¹² /л	4,8)	; 4,7)	4,4)	4,3)	11,5)	14,6)		
Гемогл обин, г/л	136,0 (124, 0; 144,0)	132, 0 (13 0,0; 150, 0)	126,5 (120,0; 132,0)	129,0 (118, 0; 136,0)	3,4 (- 1,38; 11,8)	9,3 (6,7; 10,6)	31,0	0,296718
Гемато крит, %	0,42 (0,39; 0,44)	0,42 (0,4 0; 0,43)	0,39 (0,35; 0,40)	0,39 (0,35; 0,39)	5,5 (-0,6; 14,7)	11,3 (6,9; 13,0)	31,0	0,296718
RDW, %	12,8 (11,6; 13,3)	14,2 (12, 7; 15,3)	14,1 (12,5; 15,1)	14,8 (13,9; 14,8)	-12,4 (- 17,0; 0,9)	-16,5 (- 18,4; 16,8)	44,0	0,940584
MCV, фл	92,3 (89,0; 97,5)	93,2 (89, 3; 102, 0)	92,4 (87,9; 94,6)	96,8 (86,3; 101,0)	1,8 (0,1; 4,0)	3,3 (-3,9; 3,4)	44,0	0,940584
МСН, пг	30,7 (29,4; 31,4)	31,6 (31, 0; 32,7)	30,9 (29,6; 31,8)	33,2 (30,0; 33,6)	-0,1 (-2,2; 2,0)	1,7 (-1,5; 3,2)	39,0	0,654721
Тромб оциты, 10 ⁹ /л	213,0 (158, 0; 255,0)	214, 0 (18 9,0; 253, 0)	253,5 (218,0; 322,0)	298,0 (222, 0; 311,0)	-49,0 (- 103,8 ; 4,8)	-9,3 (- 22,9; -3,7)	36,0	0,502335
Лейкоци ты, 10 ⁹ /л	11,8 (6,72; 20,5)	14,4 (13, 0; 15,0)	9,5 (7,6; 11,9)	10,2 (6,7; 11,0)	27,4 (- 16,7; 45,4)	23,0 (21,5; 26,7)	42,0	0,823063

Примечание: MCV – средний объём эритроцита в фемтолитрах (фл), MCH – среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците (пг), RDW – ширина распределения эритроцитов (%).

При исследовании динамики цитологических показателей крови было установлено, что на 3 сутки после операции наблюдалось достоверное снижение количества эритроцитов в основной группе на (Me 4,5% [-1,2; 11,5]), гематокрита на (Me 5,5% [-0,6; 14,7]) (Wilcoxon matched pairs test $p < 0,05$). В контрольной группе также наблюдалось статистически достоверное снижение этих показателей, что связано с кровопотерей во время операции. В основной группе регистрировалось достоверное повышение количества тромбоцитов на (Me 49,0% [-103,8; 4,8]), а также снижение количества лейкоцитов на 27,4% [-16,7; 45,4]) (Wilcoxon matched pairs test $p < 0,05$). При сравнении динамики цитологических показателей крови у пациентов основной группы и группы сравнения не было выявлено статистически достоверных различий.

Исследование динамики показателей системы плазменного гемостаза до операции и на 3 сутки после операции в обеих группах пациентов не выявило статистически значимых изменений (Wilcoxon matched pairs test). Так же не выявлено достоверных отличий в динамике показателей между пациентами основной группы и группы сравнения (Mann-Whitney U test).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что применение гемостатического средства Гамастат для остановки кровотечений из ложа желчного пузыря во время холецистэктомии не оказывает системных эффектов на показатели плазменного (вторичного) гемостаза.

Выводы:

1. Разработанное лекарственное средство Гамастат обладает выраженной гемостатической активностью в условиях остановки кровотечений из раны печени (ложе желчного пузыря после холецистэктомии), и окончательный гемостаз достигается в 94,7%.

2. Динамика цитологических и биохимических показателей крови свидетельствует об отсутствии негативных эффектов местного применения Гамастата с целью остановки кровотечения.

3. При использовании Гамастата для остановки кровотечений из ложа желчного пузыря не выявлено патологического системного воздействия на показатели плазменного гемостаза.

Литература

1. Алисов П. Г. Характеристика и особенности лечения непроникающих ранений живота / Алисов П. Г., Котенко П. К., Ермакова Г. Ю. // Воен.-мед. журн. - 1993. - N7. - С. 28-29.

2. Литвин А.А. Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки // Хирургия. – 2000. - №4. – С. 74-76.

3. Этапное эндохирургическое лечение осложненного холецистита/А.Г. Бебуришвили, А.В. Лозовой, Е.Н. Зюбина, А.Н. Овчаров // Эндоскопическая хирургия, 2001. т.№ 3.-С.29-30.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ГАМАСТАТ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НЕЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Жаворонок И.С.^{1,2}, Стахивич В.А.², Можяко Д.Д.², Хваленов Д.В.²

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Республика Беларусь, Минск*

Одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии остается тактика ведения больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК), равно как и выбор оптимального фармакологического средства, обеспечивающего надежный гемостатический эффект [1]. Все больший интерес вызывает возможность применения для остановки кровотечения новых более эффективных химических средств. Однако их применение не всегда оказывает гемостатический эффект необходимой силы, поскольку известные препараты для местного применения в своем большинстве обладают слабовыраженным и непродолжительным целевым действием [2].

Вышеуказанное послужило поводом для разработки и клинической апробации нового более эффективного гемостатического препарата локального действия.

Цель исследования: изучить гемостатические свойства нового отечественного лекарственного средства Гамастат при ГДК неязвенной этиологии.

Материал и методы. Группе из 14 пациентов с ГДК неязвенной этиологии выполнялся эндоскопический гемостаз с использованием лекарственного средства Гамастат. Через канал эндоскопа на источник кровотечения наносили раствор Гамастата. Регистрировали время остановки кровотечения, с последующим контролем полноты гемостаза в течение 3 минут. Исследовали динамику изменений цитологических и биохимических показателей крови, параметров плазменного гемостаза. Забор крови осуществляли до эндоскопического гемостаза и на 3 суток после применения изучаемого средства. Не учитывали динамику изменений цитологических показателей крови у пациентов, которым переливалась эритроцитарная

масса. Статистическая обработка осуществлялась посредством статистических пакетов Statistica 6.0 и MedCalc 9.6.2.0.

Результаты исследования.

Группа пациентов состояла из 4 (28,6%) женщин (Ме 66,0 [58,0; 73,0] лет) и 10 (71,4%) мужчин (Ме 35,0 [29,0; 57,0] лет). По классификации Forrest кровотечение F1b отмечено у 5 (35,7%) пациентов, F1b – у 9 (64,3%). Этиология неязвенных ГДК была следующей: синдром Меллори-Вейса встречался наиболее часто – 6 пациентов (42,9%), эрозивно-язвенный эзофагит – 3 (21,4%), рак желудка 2 (14,3%), эрозивно-язвенный гастродуоденит – 2 (14,3%), гемангиомы желудка – 1 (7,1%). Средний койко-день составил (Ме 9,5 [7,0; 16,0]) дней. В 100% случаев был достигнут окончательный гемостаз. В течение 3 суток после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат рецидивов ГДК не отмечено. 13 пациентов (92,9%) выписано с улучшением, 1 (7,1%) – умер, причем кровотечение не являлось непосредственной причиной смерти.

Динамика биохимических показателей плазмы крови пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика изменения биохимических показателей в плазме крови пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат

Исследуемые показатели	До проведения эндоскопического гемостаза Ме (P25; 75)	3 сутки после проведения эндоскопического гемостаза Ме (P25; P75)	Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, %, Ме (P25; P75)	Различия показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, Wilcoxon matched pairs test	
				T	p
Общий белок, г/л.	66,8 (54,2; 70,8)	67,8 (61,4; 72,7)	-6,1 (-41,3; 6,6)	10,0	0,262 619
Билирубин, г/л.	11,5 (7,0; 19,2)	15,1 (13,4; 16,5)	-12,4 (-79,0; 24,8)	28,0	0,388 187
Мочевина, ммоль/л.	7,7 (5,2; 16,8)	4,8 (4,0; 11,9)	-1,7 (-13,5; 41,1)	34,0	0,421 579
Креатинин, ммоль/л.	90,9 (64,6; 120,8)	101,0 (81,3; 119,5)	6,8 (-19,2; 15,7)	16,0	0,441 269
АСТ, У/л.	42,0 (27,5; 73,2)	28,4 (22,2; 78,7)	6,4 (-52,8; 25,8)	38,0	0,600 180
АЛТ, У/л.	25,0	31,0	3,1	39,0	0,649

	(16,3; 49,5)	(14,8; 62,4)	(-44,1; 9,2)		644
Глюкоза, ммоль/л.	7,4 (5,7; 8,7)	6,8 (5,7; 7,2)	19,6 (-13,9; 25,4)	5,0	0,128 191
Амилаза, ммоль/л.	53,0 (45,0; 95,0)	47,0 (28,0; 55,5)	7,5 (-1,6; 17,6)	9,0	0,207 579

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что статистически достоверных изменений биохимических показателей в плазме пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с применением Гамастата не возникает.

Динамика изменения цитологических показателей крови пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат приведена в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика изменения цитологических показателей крови пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат

Исследуемые показатели	До проведения эндоскопического гемостаза Me (P25; P75)	3 сутки после проведения эндоскопического гемостаза Me (P25; P75)	Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, %, Me (P25; P75)	Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, Wilcoxon matched pairs test	
				T	p
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,5 (3,4; 4,1)	3,6 (3,0; 4,2)	-1,13 (-2,5; 8,3)	31,0	0,310 898
Гемоглобин, г/л	126,0 (89,0; 144,0)	107,0 (89,0; 140,0)	1,3 (-4,8; 15,1)	45,5	1,0
Гематокрит, %	0,38 (0,28; 0,43)	0,31 (0,28; 0,42)	3,0 (-0,4; 16,5)	32,0	0,345 448
RDW (Ширина распределения эритроцитов)%	12,5 (11,7; 14,1)	14,1 (11,8; 15,8)	-12,0 (-19,4; -2,6)	19,5	0,069 214
MCV (средний объём эритроцита в фемтолитрах, фл)	101,2 (94,6; 106,5)	92,9 (88,3; 95,1)	2,0 (-0,5; 13,5)	23,0	0,115 853
MCH (среднее	32,2	31,4	-0,5	29,0	0,432

содержание гемоглобина в отдельном эритроците), пг	(30,6; 35,8)	(30,1; 32,1)	(-4,9; 12,3)		768
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	162,0 (142,0; 204,0)	194,0 (169,0; 259,5)	-35,5 (-52,7; 9,2)	26,0	0,533 695
Лейкоциты, 10 ⁹ /л,	10,3 (6,6; 10,7)	7,7 (6,6; 9,9)	14,0 (0,8; 28,9)	27,0	0,196 052

Согласно приведенным в таблице 2 данным не наступает статистически достоверных изменений цитологических показателей в плазме пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с применением Гамастата.

Динамика показателей плазменного гемостаза пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат приведена в таблице 3

Табл 3 Динамика показателей плазменного гемостаза пациентов до и на 3 сутки после эндоскопического гемостаза с использованием лекарственного средства Гамастат

Исследуемые показатели	До проведения эндоскопического гемостаза Me (P25; P75)	3 сутки после проведения эндоскопического гемостаза Me (P25; P75)	Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, %, Me (P25; P75)	Разница показателей до операции и ч-з 3 суток после операции, Wilcoxon matched pairs test	
				T	p
АЧТВ, с	28,5 (25,3;33,3)	29,5 (26,0; 30,2)	10,1 (-28,7; 33,3)	18,0	1,0
ПВ, с	16,4 (15,3;23,2)	16,6 (15,8; 19,7)	2,8 (1,0; 15,1)	8,0	0,310495
ТВ, с	13,5 (12,2;15,1)	13,2 (12,0; 14,8)	4,8 (-4,8; 5,4)	17,0	0,888638
МНО	1,1 (1,0; 1,6)	1,1 (1,1; 1,5)	2,8 (-1,9; 16,6)	11,0	0,326990
Фибриноген, г/л	2,8 (1,8; 3,3)	3,4 (2,7;3,8)	1,1 (-37,7; 21,5)	17,0	0,888638
Активность ПК по Квику	83,2 (39,3;94,2)	81,4 (55,9; 89,0)	2,0 (-42,2; 11,6)	13,0	0,483840

Исследование динамики показателей системы плазменного гемостаза до и на 3 сутки после применения Гамастата не выявило статистически значимых изменений. Таким образом, установлено, что использование гемостатического средства Гамастат для эндоскопического гемостаза не оказывает системных эффектов на показатели плазменного (вторичного) гемостаза.

Выводы:

4. Разработанное лекарственное средство Гамастат обладает выраженной гемостатической активностью в условиях эндоскопической остановки ГДК неязвенной этиологии при типах геморрагий F1B и F1PB по классификации Форрест.

5. Динамика изменения цитологических и биохимических показателей крови свидетельствует об отсутствии негативного влияния на них в результате применения Гамастата.

6. При использовании Гамастата с целью эндоскопического гемостаза не выявлено патологического системного воздействия на показатели плазменного гемостаза.

Литература

1. Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях / О. А. Чуманевич [и др.] // Медицинские новости: научно-практический информационно-аналитический журнал для врачей и руководителей здравоохранения. - 2006. - N8. - С. 7-14.

2. Ананко О.А. Особенности клиники, диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений при синдроме Меллори-Вейсса (на укр. языке): Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.03 / Нац. Мед. ун-т. им. А.А. Богомольца. – Киев, 2000. – 18 с.

**РОЛЬ ФАКТОРА АНГИОСОМНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ
НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ
СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»**

Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Чур Н.Н., Шкода М.В., Храпов И.М., Малиновский М.В., Жих О.Д., Михайлова Н.М., Шершень П.М.

УО БГМУ, УЗ «10-я ГКБ г. Минска»

АКТУАЛЬНОСТЬ: Поражение периферических артерий является независимым фактором риска высокой ампутации нижней конечности при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы (НИФ СДС), при окклюзии всех трех берцовых артерий риск высокой ампутации увеличивается в 2 раза (95% ДИ 1,17 – 3,33). В связи с этим

необходимо изучить результаты лечения, направленного на предотвращение высокой ампутации нижней конечности, в зависимости от способа реваскуляризации, связанного с пораженной ангиосомой стопы. Ангиосома – это участок тела человека с питающим сосудом.

ЦЕЛЬ: Исследовать влияние фактора ангиосомности реваскуляризации нижней конечности на возможность сохранения опорной функции стопы у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Для исследования влияния фактора ангиосомности реваскуляризации стопы при НИФ СДС на возможность сохранения ее опорной функции проанализированы результаты лечения 105 пациентов. Для визуализации артерий в 99 случаях применена контрастная ангиография, в 2 случаях – КТ-ангиография, в 4 случаях – сочетанная методика. Если ангиосомная реваскуляризация технически была выполнима, то ей отдавалось предпочтение. Если не было условий для ангиосомной реваскуляризации, то выполнялось вмешательство на той артерии, которая через коллатерали обеспечивала заполнение артериальных дуг стопы и переток крови к ангиосомной зоне. Факторами, определявшими невозможность выполнения ангиосомной реваскуляризации, явились: «слепая» (без культи) окклюзия в месте отхождения ангиосомной артерии на голени или стопе; тотальная окклюзия ангиосомной артерии на стопе. Все пациенты разделены на 2 группы в зависимости от фактора ангиосомности при реваскуляризации стопы.

Критерий включения в группу 1 (n=54): реваскуляризация стопы при НИФ СДС с учетом ангиосомности.

Критерий включения в группу 2 (n=51): реваскуляризация стопы стопы при НИФ СДС без учета ангиосомности (случаи технической невозможности выполнения ангиосомной реваскуляризации).

Критерий исключения: случаи с неоднозначной трактовкой ангиосомности оперированного артериального ствола при НИФ СДС.

Пациенты сравниваемых групп разделены в соответствии с баллом поражения берцовых артерий по классификации Rutherford:

балл 2,0-4,0 - проходимы две, критический стеноз одной берцовой артерии;

балл 4,5-7,0 - окклюзии двух, критический стеноз одной берцовой артерии; балл

7,5-9,0 - окклюзии трех берцовых артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ Установлено, что сравниваемые группы пациентов не имели достоверных различий по основным характеристикам: полу, стороне поражения, возрасту, степени поражения берцовых артерий, видам реваскуляризации.

Проведен анализ результатов реваскуляризации. Конечным пунктом наблюдения явилось наличие/отсутствие высокой ампутации нижней

конечности. Период наблюдения составил 1 год. В группе 1 выполнено 6 высоких ампутаций, в группе 2 – 7.

Анализ полученных данных с помощью критерия Фишера не выявил достоверных различий ($p=0,772$) в количестве высоких ампутаций у пациентов группы 1 и группы 2.

ВЫВОДЫ Реваскуляризация, в результате которой обеспечено заполнение артериальных дуг стопы, позволила избежать высокой ампутации нижней конечности даже в случае ее выполнения без учета фактора ангиосомности (в случаях технической невозможности выполнения ангиосомной реваскуляризации).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

*Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Чур Н.Н., Черноморец В.В.,
Новикова Н.М., Вовна Д.В., Корниевский Д.В., Качан Л.Н.*

*1-я кафедра хирургических болезней БГМУ
УЗ «10-я ГКБ г. Минска»*

Варикозная болезнь (ВБ) нижних конечностей – это заболевание, характеризующееся первичной варикозной трансформацией поверхностных вен. В настоящее время патология вен ног в той или иной степени встречается у 50% жителей Европы и Северной Америки. В основе патогенеза варикозной болезни нижних конечностей лежит патологический рефлюкс, а именно вертикальный (сброс крови через сафено-феморальное соустье) и горизонтальный (сброс крови через несостоятельные перфорантные вены на бедре и голени). Это на фоне нарушения свойств венозной стенки ведет к варикозному расширению подкожных вен нижних конечностей. Основная задача всех современных хирургических методик лечения варикозной болезни – устранение тем или иным способом рефлюкса (т.е. патологического обратного тока) крови из глубокой в поверхностную венозную систему нижней конечности. Рефлюкс связан с недостаточной функцией венозных клапанов.

Цель: определить динамику роста количества пациентов с ВБ и эффективность современных подходов к их лечению.

Материал и методы. Изучена динамика роста количества пациентов с варикозной болезнью среди всех пациентов, лечившихся в 3 хирургическом отделении (отделении краткосрочного пребывания) УЗ «10 ГКБ г. Минска».

Традиционная операция при варикозной болезни включала в себя: 1) кроссэктомию– перевязку и удаление БПВ с притоками в месте ее впадения в

бедренную вену, при этом разрез делается в верхней трети бедра; 2) стриппинг (удаление) БПВ от паховой складки до стопы с применением специальных зондов. Эта операция проводилась под общим наркозом или спинномозговой анестезией, требовала нахождения в стационаре минимум 3-4 дней, послеоперационный период сопровождался болевым синдромом.

Внутрисосудистые подходы к лечению варикозной болезни заключались в разрушении эндотелия (внутренней оболочки) измененной вены. Это вызывало прекращение кровотока и слипание венозных стенок, замещение поврежденного участка соединительной тканью. При проведении эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) повреждающее воздействие на эндотелий сосуда достигалось путем теплового воздействия лазерного излучения. Световод, являющийся проводником лазерного луча, вводился в измененный участок вены через прокол кожи под контролем ультразвукового оборудования. Тепловая энергия лазера вызывала нагревание крови, содержащейся в сосуде, с образованием в ней пузырьков пара. Тепловое воздействие на стенку вены происходило благодаря её контакту с пузырьками пара высокой температуры, при этом происходило прямое повреждение эндотелия с коагуляцией белков. Операция проводилась под особым видом местной анестезии и ультразвуковым контролем. После операции пациенту одевали чулок 2-ого класса компрессии, пациент сам уходил из операционной. Болевой синдром минимальный, большинству пациентов анальгетики не требовались. Длительность ношения компрессионного чулка составляла 2-3 недели.

Удаление подкожных варикозных вен хирургическим способом проводился по методике Варади. Вены удалял специальными инструментами с применением проколов кожи, которые потом заклеивались специальными фиксирующими полосками. Отсутствие кожных швов обеспечивало оптимальный косметический результат.

Результаты и осуждение.

В 2013 году количество пациентов с заболеваниями вен составило 24,3% общего числа пациентов, оперированных в 3-ем хирургическом отделении, а в 2014 году их количество составило 31,3%. Увеличение количества пациентов с заболеваниями вен в 2013-2014 годах составило 27,7%.

Если средняя длительность лечения пациентов с ВБ составила 3,4 дня, то при применении эндовенозных методик под местной анестезией – 1 день, при этом многие пациенты были готовы покинуть клинику через несколько часов после операции.

Выводы.

Пациенты с заболеваниями вен стали основным контингентом в отделении краткосрочного пребывания УЗ «10 ГКБ г. Минска». Современные эндовенозные подходы к лечению ВБ являются эффективными, безопасными и экономически обоснованными. Их применение является

перспективным для здравоохранения Республики Беларусь. Для дальнейшего развития этого перспективного направления работы в многопрофильной клинике необходимо:

1) Обеспечить возможность проведения ультразвукового исследования венозной системы пациента самим оперирующим хирургом до и после операции;

2) Обеспечить возможность проведения эндовенозного вмешательства под местной анестезией ультразвуковым контролем с применением эффективных лазерных световодов.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Игумнова И.И.

*УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска, кафедра
офтальмологии БелМАПО.*

Абстракт. Проллиферативная диабетическая ретинопатия – сосудистое осложнение сахарного диабета, которое является одной из основных причин слепоты и слабовидения лиц трудоспособного возраста в развитых странах. Способами лечения или предупреждения прогрессирования диабетической ретинопатии являются: общая терапия, лазерная коагуляция сетчатки, витрэктомия. Цель работы - проанализировать частоту послеоперационных осложнений при проведении витрэктомии у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией. Результаты. Частота рецидива гемофтальма у пролеченных пациентов составила 18,6%, прогрессирование тракционной отслойки сетчатки наблюдалось в 12,8%, неоваскуляризация радужки, вторичная глаукома – 5,8%, эндофтальмит – 1,2%.

Abstract. Proliferative diabetic retinopathy is a vascular complication of diabetes which is one of the main reasons for a blindness and low vision in working-age persons in developing countries. The treatment of a diabetic retinopathy are general therapy, laser coagulation of a retina, vitrectomy. The purpose of the study was to analyze the rate of post-op complications after vitrectomy in patients with proliferative stage of diabetic retinopathy. Results. The rate of post-op vitreous hemorrhage was 18,6%, retinal detachment – 12,8%, rubeosis iris, secondary glaucoma – 5,8%, endophthalmitis – 1,2%.

Проллиферативная диабетическая ретинопатия (ПДР) – сосудистое осложнение сахарного диабета, которое является одной из основных причин слепоты и слабовидения у лиц трудоспособного возраста в развитых странах. Она составляет 80-90% от всей инвалидности по зрению, обусловленной сахарным диабетом [6].

Способами лечения или предупреждения прогрессирования диабетической ретинопатии являются: общая терапия, лазерная коагуляция сетчатки, витрэктомия. В лечении далеко зашедших стадий ПДР основная роль принадлежит витреоретинальным вмешательствам — субтотальной витрэктомии и эндолазеркоагуляции сетчатки. Улучшение остроты зрения после витрэктомии, выполненной по поводу ПДР, по данным различных авторов, достигается в 73-89% случаев [6,9,14].

Существует ряд противопоказаний к витрэктомии у больных диабетической ретинопатией. К ним относятся: рубец радужки, вторичная неоваскулярная глаукома, атрофия зрительного нерва, заболевания роговицы, терминальная стадия пролиферативной ретинопатии, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, отсутствие компенсации сахарного диабета [9].

Наиболее частым интраоперационным осложнением хирургии ПДР является кровотечение в полость стекловидного тела. Наличие крови в витреальной полости затрудняет проведение хирургического вмешательства из-за снижения визуализации деталей глазного дна, удлиняет время операции, вызывает необходимость проведения дополнительных манипуляций, направленных на остановку кровотечения, делает невозможным полное удаление кортикальных слоев стекловидного тела и пролиферативной ткани с поверхности сетчатки, значительно увеличивает риск возможных ятрогенных повреждений сетчатки. Кроме того, как следствие у 27-32% пациентов, подвергнутых эндовитреальному хирургическому лечению, возникает гемофтальм в послеоперационном периоде [3]. Гемофтальм резко снижает остроту зрения, повышает вероятность витреоретинальной адгезии при субтотальной витрэктомии. Высвобождаемые в процессе рассасывания крови биологически активные продукты могут служить катализаторами дальнейшей фиброваскулярной пролиферации. Интравитреальное кровотечение развивается из мест склеральных проколов (рабочих портов), новообразованных сосудов сетчатки и диска зрительного нерва, пролиферативной фиброваскулярной ткани на поверхности сетчатой оболочки и при ее врастании в зоне склеротомий [15]. По данным литературы частота повторных кровоизлияний в витреальную полость колеблется от 23% до 60% [9,15].

К послеоперационным осложнениям относятся также отслойка сетчатки (10-20%)[3], рубец радужки, вторичная неоваскулярная глаукома [4].

Отслойка сетчатки – одно из наиболее тяжелых осложнений, обусловленное многими причинами. Она может быть вызвана ятрогенным разрывом ретины во время операции; тракциями, создаваемыми остатками стекловидного тела или преретинальными мембранами. Чаще отслойка возникает через 3-12 месяцев после операции [3,4].

Рубеоз радужки и неоваскулярная глаукома – одно из наиболее часто встречающихся осложнений после витрэктомии при сахарном диабете. Объясняется это тем, что при ПДР имеются выраженные сосудистые нарушения в сетчатке, которые вызывают значительную гипоксию тканей. Развивающаяся гипоксия стимулирует рост новообразованных сосудов и приводит к нарушению сосудистой проницаемости. Патофизиологические реакции, инициируемые гипергликемией и гипоксией, реализуются в компенсаторной гиперпродукции антиишемического фермента – фактора роста эндотелия сосудов (vascular endothelial growth factor – VEGF) в пигментном эпителии и наружных слоях сетчатки [8,13]. В клинических исследованиях было показано значительное повышение уровня VEGF в стекловидном теле и влаге передней камеры у пациентов диабетической ретинопатией [13]. VEGF-фактор стимулирует ретинальный, ретиновитреальный неоваскулогенез. Также новообразованные сосуды прорастают в зрительный нерв, радужную оболочку. Причина повышения уровня развития рубеоза радужки после витрэктомии неизвестна. Предполагают, что имеет значение уменьшение числа механических препятствий диффузии из заднего сегмента глазного яблока в передний пролиферативных факторов после удаления стекловидного тела и (или) хрусталика; удаление биологически активных ингибиторов ангиогенеза, которые, возможно, содержатся в стекловидном теле и хрусталике; увеличение высвобождения вазопрлиферативных факторов в сетчатке после витрэктомии в результате субклинических повреждений сетчатки или изменений внутриглазных физиологических процессов, ведущих к нарушению метаболизма сетчатки [4].

Рубеоз радужки вызывает глаукому вследствие блокады угла передней камеры неоваскулярной тканью. Слепота, вызванная неоваскулярной глаукомой после операции на стекловидном теле при ПДР по данным литературы наблюдается в 10% случаев [4]. На частоту развития рубеоза радужки после хирургии влияет тот факт, был ли удален хрусталик или нет. Рубеоз возникает в 2 раза чаще в афакичных глазах, чем в глазах с хрусталиком [4]. Следовательно, предпочтительно оставлять прозрачный хрусталик интактным при оперативных вмешательствах на стекловидном теле, чтобы уменьшить вероятность развития в дальнейшем рубеоза радужки.

К сожалению, достаточно часто, выполненная в максимальном объеме витреоретинальная хирургия, не гарантирует отсутствие прогрессирования неоваскуляризации и развития послеоперационных осложнений. С целью профилактики осложнений после вмешательства на стекловидном теле применяется эндовитреальная диатермия, лазерная коагуляция, транссклеральная криопексия.

Цель работы: проанализировать частоту послеоперационных осложнений при проведении витрэктомии у пациентов с ПДР.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 76 пациентов (86 глаз), оперированных по поводу ПДР. Средний возраст составил 51,8 лет (от 23 лет до 77 лет), 29 мужчин (38,2%) и 47 женщин (61,8%). Диабет 1 типа наблюдался у 27 человек (35,5%), диабет 2 типа - у 49 человек (64,5%). Средняя длительность заболевания СД составила 17,7 лет (минимальная длительность - 5 лет, максимальная - 41 год, один случай впервые выявленного сахарного диабета). Инсулинотерапию получали 58 человек (76,3%), таблетированные препараты - 18 человек (23,7%). Инвалидность по основному заболеванию имели 58 человек: 1 группа инвалидности - 8 человек (10,5%), 2 группа - 31 человек (40,8%), 3 группа - 12 человек (15,8%). Во всех случаях имелась осложненная ПДР, тракционный компонент присутствовал в 57 случаях (66,3%) и в 29 (33,7%) глазах тракций не было.

Панретинальная лазерная коагуляция была выполнена в разные сроки в 73,3% (61 случай). В 40,1% (35 случаев) имелось предшествующее хирургическое лечение: 17,4% (15 случаев) - циркуляр по Арруго, 22,1% (19 случаев) - фактоэмulsionификация с имплантацией ИОЛ, 1,2% (1 случай) - фактоэмulsionификация с имплантацией ИОЛ в сочетании с антиглаукомной операцией. Циркуляр по Арруго выполнялся для ослабления витреоретинальных тракций и для стимуляции отслойки ЗГМ. Антиглаукомная операция в сочетании с фактоэмulsionификацией и имплантацией ИОЛ проводилась на глазу с открытоугольной П в глаукомой и незрелой осложненной катарактой.

Всем пациентам были выполнены стандартные офтальмологические обследования. Оптическую когерентную томографию (ОКТ) заднего отрезка глаза производили при сохранной прозрачности оптических сред и достаточной способности пациента к фиксации. При эхоскопии и ОКТ заднего отрезка глаза пролиферативная стадия заболевания была верифицирована во всех случаях.

Острота зрения до операции у наблюдаемых пациентов составила: от светопроекции до 0,05 - 56 случаев (65,1%), от 0,06 до 0,09 - 4 случая (4,7%), от 0,1 до 0,5 - 24 случая (27,9%), от 0,5 до 1,0 - 2 случая (2,3%).

Во всех случаях была выполнена субтотальная закрытая витрэктомия (ЗВЭ), криопексия склеральных портов, эндолазеркоагуляция сетчатки, при необходимости использовались ПФОС, пневморетинопексия, введение силиконового масла.

Результаты и обсуждение.

Осложнения в виде повторного гемофтальма в сроки до 3 месяцев после проведенной хирургии выявлены в 9 случаях (10,5%), что значительно ниже по сравнению с данными литературы - 23% - 60% [9,15]. Данный факт может быть объяснен проведением щадящей субтотальной витрэктомии при далеко зашедшей ПДР с деликатным удалением неоваскулярных

преретинальных мембран с минимальным усилием, оставлением отдельных небольших участков этих мембран, если имелось очень плотное витреоретинальное сращение, активным использованием эндовитреальной диатермии, лазерной коагуляции сетчатки. На наш взгляд важным фактором профилактики рецидива гемофтальма является криопексия склеральных рабочих портов, которая позволяет коагулировать новообразованные сосуды на крайней периферии сетчатки.

Гемофтальм в сроки свыше 3мес наблюдался в 7 случаях (8,1%) у пациентов с декомпенсацией сахарного диабета.

Повторные гемофтальмы рассосались на терапевтическом лечении в течение 2-3недель, ни в одном случае не потребовалось хирургическое вмешательство.

Прогрессирование тракционной отслойки сетчатки наблюдалось в 11 случаях (12,8%), неоваскуляризация радужки, вторичная глаукома – 5 случаев (5,8%), эндофтальмит – 1 случай (1,2%).

Острота зрения после операции составила: от светопроекции до 0,05 – 45 случаев (52,3%) – количество случаев уменьшилось на 12,8% по сравнению с предоперационными показателями; от 0,06 до 0,09 – 3 случая (3,5%) – количество случаев уменьшилось на 1,2%; от 0,1 до 0,5 – 33 случая (38,4%) – количество случаев увеличилось на 10,5%; от 0,6 до 1,0 – 5 случаев (5,8%) – количество случаев увеличилось на 3,5%.

Низкая острота зрения и отсутствие положительной динамики в зрительной функции у части пациентов после операции объясняются обнаруженными выраженными изменениями в макулярной области, ишемической диабетической оптиконеуропатией.

Выводы. Согласно результатам наших наблюдений, наиболее частое послеоперационное осложнение при закрытой витрэктомии по поводу ПДР – повторный гемофтальм (18,6%). При этом в раннем периоде это осложнение чаще наблюдается у пациентов с изначальной тракционной отслойкой сетчатки. Мы считаем, что использование транссклеральной криопексии рабочих портов при витрэктомии является эффективной профилактической мерой и снижает риск возникновения кровотечения из сосудов, контактирующих со склеральными портами, таким образом, значительно уменьшается возможность возникновения гемофтальма.

Необходимо дифференцированно подходить к выбору метода лечения ПДР у каждого пациента, учитывая все показания и противопоказания к хирургическому лечению. Результат лечения зависит от совокупности всех факторов, особенно от степени компенсации сахарного диабета.

Литература

1. Балашевич Л.И., Байбородов Я.В., Гацу М.В. Эффективность закрытой витрэктомии с удалением внутренней пограничной мембраны

сетчатки при лечении рефрактерного диффузного диабетического макулярного отека. // Л.И. Балашевич, Я.В. Байбородов, М.В. Гацу/ Офтальмохирургия. – 2007. – №4. – С. 34-38.

2. Балашова Л.М., Нестеров А.П., Новодережкин В.В. Отслойка задней гиалоидной мембраны у больных диабетической ретинопатией. // Л.М. Балашова, А.П. Нестеров, В.В. Новодережкин / Клиническая геронтология. – 2001. – № 8. – С.51-53.

3. Захаров В.Д., Шарипова Д.Н., Шацких А.В. Возможности лечения пролиферативной витреоретинопатии в свете современных аспектов ее этиологии и патогенеза. // В.Д. Захаров, Д.Н. Шарипова, А.В. Шацких / Офтальмохирургия. – 2006. – №2. – С. 59-65.

4. Краснов М.Л., Беляев В.С. Руководство по глазной хирургии. // М.Л.Краснов, В.С. Беляев/ Москва: «Медицина». – 1988. – 624с.

5. Кузьмин А.Г. Анти- VEGF препараты для лечения диабетической ретинопатии.// А.Г. Кузьмин [и др.]/ Офтальмохирургия. – 2009. – №3. – С. 53-57.

6. Слепова О.С., Захаров Г.Ю., Рзик С. Современные возможности в диагностике и лечении витреоретинальной патологии. // О.С. Слепова, Г.Ю. Захаров, С.М. Рзик / М. – 2004. – С. 311-314.

7. Aiello L.P. Vascular endothelial growth factor in ocular fluid of patients with diabetic retinopathy and other retinal disorders. // L.P. Aiello [et al.] / N. Engl. J. Med. – 1994. – Vol. 331. – P. 1480 - 1487.

8. Cunningham E.T. A Phase II randomized double-masked trial of pegaptanib, an anti-vascular endothelial growth factor aptamer, for diabetic macular edema. // E.T. Cunningham [et al.]. / Ophthalmology. – 2005. – №. 112. – P. 1747-1757.

9. Ferreira N. [et al.] Vitrectomy In Diabetic Retinopathy. [http://www.evrs.org/memon/article/2006 1 2/article.pdf](http://www.evrs.org/memon/article/2006%2012/article.pdf).

10. Ikeda T. Improved visual acuity following pars plana vitrectomy for diabetic cystoid macular edema and detached posterior hyaloids. // T. Ikeda [et al.]. / Retina. – 2000. – Vol. 20 – N 2. – P. 220-222.

11. Inan U.U. Preclinical safety evaluation of intravitreal injection of full-length humanized vascular endothelial growth factor antibody in rat eyes. // U.U. Inan [et al.]. / Invest Ophthalmol. Vis. Sci. – 2007. – N 48. – P. 1773–1781.

12. Iriyama A. Effect of anti-VEGF antibody on the retinal ganglion cell of rat. // A. Iriyama [et al.]. / Br. J. Ophthalmol. – 2007. – N 91. – P. 1230 –1233.

13. Massin P. Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE study): a 12-month, randomized, cjntrrolled, doublemasked, multicenter phase II study. // P. Massin [et al.]. / Diabetes Care. – 2010. – Vol. 33. – P. 2399 –2405.

14. Ochoa-Contreras D. Induced posterior vitreous detachment by intravitreal sulfur hexafluoride (SF6) injection in patients with nonproliferative diabetic

retinopathy. // D. Ochoa-Contreras [et al.]. / Acta Ophthalmol Scand. – 2000. – Vol. 78. – P. 678-688.

15. West J.F., Gregor Z.J. Fibrovascular ingrowth and recurrent hemorrhage following diabetic retinopathy. // J.F. West, Z.J. Gregor / Br. J. Ophthalmol. – 2000. – Vol. 84. – P. 822-825.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ СРЕДЫ

*Казуцик В. Л.¹, Шотт А.В.¹, Кондратенко Г.Г.¹, Кубарко А.И.¹,
Черноморец В.В.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Минск, Республика Беларусь*

Методикой эдемометрии и в результате анализа эдемометрограмм определены нормальные показатели основных параметров микроциркуляторной среды у «здоровых» людей различных возрастных групп. Эти показатели отражают как качественную, так и количественную оценку функционирования микроциркуляторной среды и микроциркуляторной (жизненной) системы в целом.

Сравнение этих показателей с показателями пациентов с различными острыми хирургическими заболеваниями дает возможность воздействия на звенья патогенеза заболеваний, прогнозировать тяжесть и характер дальнейшего развития патологического процесса.

К основным параметрам функционирования микроциркуляторной системы относятся:

- Артериальное диастолическое давление (АДД)
- Максимальное снижение давления (МСД)
- Продолжительность снижения давления (ПСД)
- Скорость снижения давления (ССД)
- Интегральное микроциркуляторное давление (ИМЦД)
- Предел колебания ИМЦД (ПКИМЦД)
- Продолжительность снижения микроциркуляторного давления (ПСМЦД)
- Коэффициент ИМЦД (КИМЦД)
- Тканевое давление (ТД)
- Коэффициент тканевого давления (КТД)
- Осмолярное давление (ОСМД)

Индекс фильтрации (ИФ)
 Индекс гидратации (ИГ)
 Высота зажатых тканей (h)
 Объем тканей (ОТ)

Нормальные показатели параметров эдемометрограммы представлены в Таб. 1.

Таб. 1 Нормальные показатели эдемометрограммы

Показатель	Как изменяется	20-30 лет	31-50 лет	Старше 51 г.
АДД	Увеличивается	78	78	84
МСД	Снижается	14,8	8,9	7,3
ПСД	Увеличивается	12	14	15
ССД	Снижается	1,3	0,6	0,7
ИМЦД	Увеличивается	86	92	89
ПКИМЦД	Снижается	4	1,3	1,8
ПСМЦД	Колеблется	6	5	8
КИМЦД	Не изменяется	1,2	1,2	1,1
ТД	Увеличивается	68	86	84
КТД	Увеличивается	0,8	0,9	0,94
ОСМД	Не изменяется	5,3	-	5,5
ИФ	Снижается	0,7	0,5	0,4
ИГ	Индивидуален	МСД/14,8	МСД/8,9	МСД/7,3
h	Колеблется	9	5	7
ОТ	Колеблется	1.7	1.0	1.2

Анализ изменений показателей основных параметров представлен в Таб. 2.

Таб.2 Изменения основных параметров эдемометрограммы

АДД	Увеличивается
Гидратация тканей	Снижается: 14,8 - 8,9 - 7,3
ИМЦД	Увеличивается: 86 - 92 - 89
ПКИМЦД	Уменьшается: 4 – 1,3 – 1,8
КИМЦД	Не изменяется: 1,2-1,2-1,1
ТД	Существенно увеличивается: 68 – 86 - 84
КТД	Увеличивается: 0,8-0,9-0,94
ИФ	Уменьшается: 0,7-0,5-0,4
h	Колеблется: 9 – 5 - 7
ОТ	Колеблется: 1,7-1,0-1,2

Основные выводы

1. АДД и ИМЦД увеличиваются и КИМЦД не изменяется
2. Больше всего изменяется (+) ИМЦД и ТД, гл. образом – ТД
3. КТД заметно возрастает
4. ИФ уменьшается – преобладание «оттока» над «притоком»
увеличивается
5. Главными являются ТД, КТД и ИМЦД – они изменяются больше всего

ИНДЕКС ФИЛЬТРАЦИИ: ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

*Казущик В. Л.¹, Чур Н.Н.¹, Карман А.Д.¹, Черноморец Н.В.²,
Володкович Н.Н.², Вовна Д.В.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Минск, Республика Беларусь*

Нами разработан и внедрен в практику новый способ определения индекса фильтрации (ИФ), который позволяет быстро, бескровно и достоверно определить, какой процесс в тканях преобладает: либо «приток» крови к тканям, либо «отток» жидкости из тканей. Это имеет большое клиническое значение для коррекции инфузионной терапии у пациентов с

острой хирургической патологией и прогнозирования дальнейшего пути развития патологического процесса.

Практическое осуществление способа реализуется выполнением эдемометрии, построением и дальнейшим анализом эдемометрограммы (рис. – эдемометрограмма).

ИФ вычисляется следующим способом:

$$\text{ИФ} = \frac{\text{падение давления «ГЗ» после ПКМЦД}}{\text{Ттд}}$$

где:

ПКМЦД – предел колебаний микроциркуляторного давления

«ГЗ» - падение давления от ПКМЦД до тканевого давления (ТД)

Ттд – время снижения микроциркуляторного давления от предела колебания до уровня тканевого (клеточного – «ЗД»)

«ГЗ», «ЗД» - линии эдемометрограммы.

Нами вычислены нормальные показатели ИФ в различных возрастных группах:

20 - 30 лет: $0,7 \pm 0,2$;

31 – 50 лет: $0,5 \pm 0,13$;

51 год и старше: $0,4 \pm 0,2$

У данного пациента П. (52 г.) с тяжелым острым панкреатитом в динамике:

ИФ = $1,4 - 1,0 - 0,3$

N – 0,4 (преобладание «оттока» над «притоком»)

ИФ отражает количественное отношение «оттока» к «притоку», его определение позволяет выявить, какой процесс преобладает, провести коррекцию объема и качественного состава инфузионной терапии.

Практическое подтверждение.

При поступлении у пациента – олигурия; ИФ=1,4 (N=0,4).

В последующем – полиурия (до 9 л в сутки); ИФ=0,3 (N=0,4).

Следует отметить, что изменения ИФ на эдемометрограмме были зафиксированы за сутки до клинических проявлений нарушения объема диуреза, что имеет несомненное прогностическое значение.

Эдемометрограмма пациента с тяжелым панкреатитом

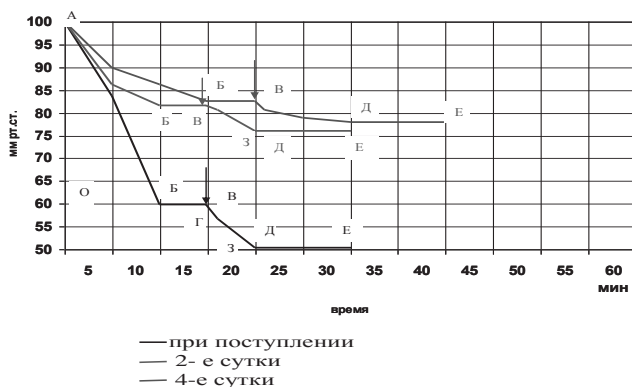


Рис. Эдемометрограмма

ИНТЕГРАЛЬНОЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЕГО КОЭФФИЦИЕНТ

Казуиц В.Л.¹, Володкович Н.Н.², Корниевский Д.В.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹, УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Минск, Республика Беларусь

В настоящее время не решен вопрос о том (интегральном) давлении, которое обеспечивает целенаправленное движение жидкостей в микроциркуляторной среде (в которой есть как внутрисосудистая циркуляция, так и межклеточная).

Из теоретических представлений остается аксиомой то положение, что диастолическое артериальное давление крови (ДАД) обеспечивает приток крови в микроциркуляторную среду и влияет на давление в этой среде.

Теоретическая предпосылка есть, а осуществить ее имеющимися способами пока невозможно.

Разработан новый способ (эдемометрия, рис. 1) определения интегрального давления в микроциркуляторной среде, обеспечивающего

целенаправленные движения «жидкостей» в ней и позволяющего в условиях клиники применить его для диагностики этой среды и для лечения больных.

Результаты эдемометрии представлены эдемометрограммой (рис. 2), которая отражает основные процессы, происходящие в микроциркуляторной среде.

Эдемометрограмма отражает три основных процесса:

1. Выдавливание «жидкости» из тканей.
2. Уменьшение объёма сдавленных тканей.
3. Наступление момента выравнивания давления в тканях с давлением в эдемометре.

Через 15 мин давление в системе перестало снижаться, выровнялось, и линия БВ стала прямой (рис. 2), что и соответствует интегральному микроциркуляторному давлению (ИМЦД), в данном случае - 85 мм рт. ст.

Почему мы называем его «Интегральное» микроциркуляторное давление? Это то «общее» давление, которое обеспечивает движение «жидкости» в микроциркуляторной среде.

Определение коэффициента интегрального микроциркуляторного давления ($K_{\text{имцд}}$)

$K_{\text{имцд}}$ определяется по формуле:

$$K_{\text{имцд}} = \frac{\text{ИМЦД}}{\text{ДАД}},$$

где

ИМЦД – интегральное микроциркуляторное давление в мм рт.ст.,

ДАД – диастолическое артериальное давление в мм рт.ст.

В данном случае $K_{\text{имцд}} = 85/70 = 1,21$, что у данного испытуемого 29 лет является возрастной нормой.

Нами установлены нормальные показатели ИМЦД и $K_{\text{имцд}}$ у «здоровых» лиц в различных возрастных группах (см. таблицу).

Таблица. Нормальные показатели ИМЦД и $K_{\text{имцд}}$

Показатель	Возраст		
	20-30 лет	31-50 лет	Старше 50 лет
ИМЦД	86,5±4,4	92±3,1	89±3,1
$K_{\text{имцд}}$	1,2±0,1	1,2±0,2	1,1±0,1

Этот коэффициент отражает отношение микроциркуляторного давления к диастолическому давлению крови и позволяет в цифровом показателе определить влияние диастолического давления на давление в микроциркуляторной среде.

Следует обратить внимание, что ДАД (70 мм рт. ст.) < ИМЦД (85 мм рт. ст.). Это объясняется тем, что ДАД обеспечивает приток, но оно ниже ИМЦД, значит, есть ещё механизмы и условия, увеличивающие это давление.

ДАД является составляющей частью ИМЦД, обеспечивающей движение «жидкости» в микроциркуляторной среде.

Преимущества и возможности способа:

- высокая точность;
- простота выполнения;
- абсолютная новизна показателя;
- дешевизна и доступность выполнения в условиях клиники.



Рис. 1 Эдемометрия

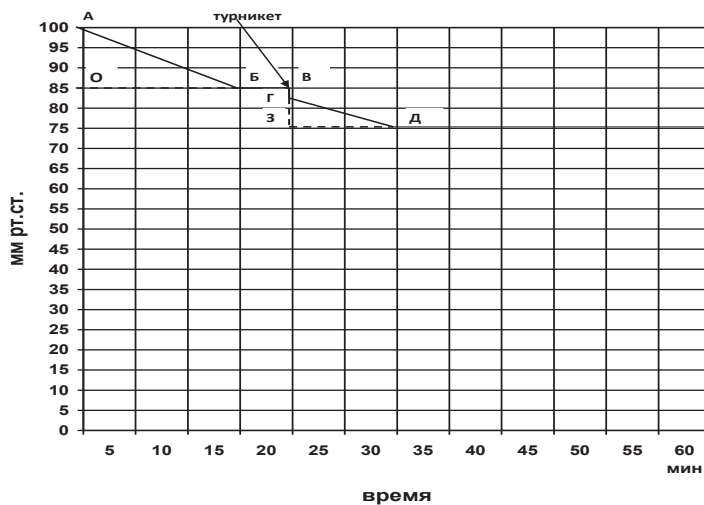


Рис. 2 Эдемометрограмма

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ГИДРАТАЦИИ ТКАНЕЙ

*Казушук В. Л.¹, Чур Н.Н.¹, Карман А.Д.¹, Черноморец В.В.², Качан Л.Н.²,
Корниевский Д.В.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Минск, Республика Беларусь*

В настоящее время существуют следующие способы оценки состояния водного обмена тканей:

Систематическое определение веса тела при строгом режиме питания
Метод суточной оценки баланса жидкости в организме
Красочный и изотопный методы
Пальпаторный метод оценки отека тканей
Ультразвуковая и лазерная доплерография
Оценка количества гемоглобина, эритроцитов, гематокрита

Однако все вышеперечисленные способы не отличаются высокой достоверностью, трудоемки и не всегда применимы в условиях клиники, не позволяют точно оценить степень гидратации тканей в норме и при различной хирургической патологии.

Нами разработан и внедрен в практику новый способ (эдемометрия), который позволяет оценивать степень гидратации тканей в норме и при различной патологии в клинических условиях (рис. 1 - эдемометрия).

Определение индекса гидратации – новый возможный путь оценки содержания жидкости в тканях в клинических условиях.

При выполнении эдемометрии строится график – эдемометрограмма, на которой отражается снижение давления в тканях первого межпальцевого промежутка во временном интервале (рис. 2 – эдемометрограмма).

Вычисление индекса гидратации (ИГ)

$ИГ = МСД \text{ пациента} / МСД \text{ здоровых лиц этого возраста}$, где

ИГ – индекс гидратации тканей;

МСД пациента – максимальное снижение давления у исследуемого;

МСД здоровых лиц – максимальное снижение давления у здоровых лиц, как средний показатель в этой возрастной группе, определенный этим же методом эдемометрии.

Пример вычисления ИГ:

МСД исследуемого было 15 мм рт.ст., МСД у здоровых лиц этой возрастной группы (20-30 лет) составило 14,8±4 мм рт.ст.

$ИГ = 15 / 14,8 = 1,04$ - это отражает нормальную гидратацию тканей у исследуемого. Без ИГ оценка степени гидратации тканей по МСД беспредметна.

Степень гидратации тканей определяют значением ИГ:

ИГ= 0,9-1,0 нормальное содержание жидкости

ИГ =1,1 и > гипергидратация

ИГ= 0,9 и < обезвоживание

Среднее значение максимального снижения давления (МСД) для лиц:

20 – 30 лет – 14,8±4 мм рт.ст.

31 – 50 лет – 11,8±2 мм рт.ст.

51 и старше – 7,9±2,1 мм рт.ст.

Преимущества способа

Является простым, доступным, неинвазивным, дешевым и достоверным.

Главное его достоинство - пригодность и возможность применения в клинических условиях для оценки степени гидратации тканей при самых незначительных сдвигах, для определения показаний для введения жидкости, для обоснования дозы вводимой жидкости и оценки эффекта инфузионной терапии.



Рис. 1 Эдемометрия

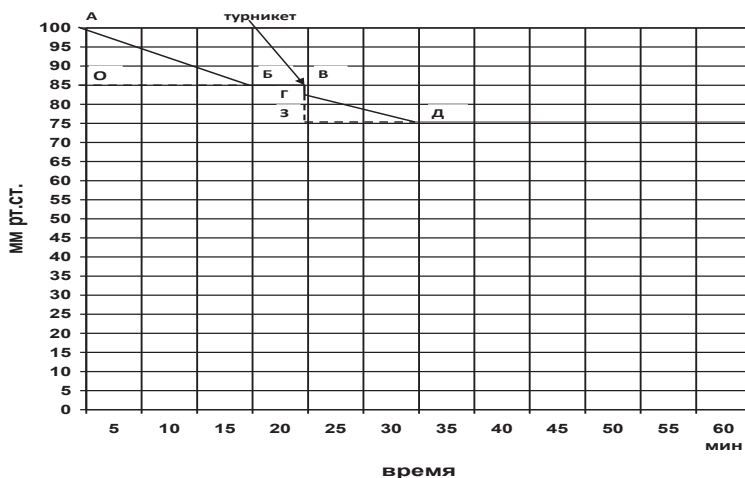


Рис. 2 Эдемометрограмма

ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ УСТРАНЕНИЯ БЛЕФАРОХАЛАЗИСА МЕТОДОМ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кардаш О.Н. , Семак Г.Р. , Изумнова И.И. , Сивашко А.С.

УЗ «10-я городская клиническая больница» Минск

Блефарохалазис (провисание кожи век) представляет собой двустороннюю атрофию кожи верхних век, вследствие чего кожа собирается в мелкие складки и мешковато нависает над краем века [1, 1, 7]. Лечение хирургическое – блефаропластика верхних век методом иссечения части кожи век.[1, 3]. Возможные осложнения: ретробульбарная гематома, поверхностная гематома, нагноение послеоперационной раны, гипертрофические рубцы, бактериальный, вирусный или аллергический конъюнктивит, сухой кератоконъюнктивит, лагофтальм, птоз верхнего века, эктропион, «круглый глаз», энофтальм [4, 5, 6].

В данной статье представлен клинический случай осложнений в послеоперационном периоде после хирургического лечения блефарохалазиса у мужчины 55 лет, а именно: лагофтальм. птоз, нарушение кровообращения зрительного нерва левого глаза.

Пациент Х., обратился в Республиканский офтальмологический центр с жалобами на слепоту левого глаза. Жалобы появились на следующий день после проведенного оперативного лечения блефаропластики обоих глаз в

хирургическом отделении одной из больниц г. Минска. При осмотре острота зрения: Visus $\underline{OD} = 1,0$ / $\underline{OS} = 0$ При биомикроскопии: OU постоперационные рубцы, нижнее веко правого глаза отстоит от глазного яблока, OD нет полного смыкания век при закрытии глаз, склеральная щель 1-2мм, OS – верхнее веко на 1/3 прикрывает роговицу, передний отрезок глаза обоих глаз - без особенностей. На глазном OU ДЗН контурирован, OD – без видимой патологии, OS – бледный, сосуды: вены полнокровны, артерии узкие.

Для уточнения диагноза были проведены дополнительные исследования: электроретинограмма, осмотр глазного дна с фундус линзой, оптическая когерентная томография (ОКТ). При исследовании электроретинограммы (ЭРГ) OU выявлен субнормальный тип ЭРГ, OD с незначительным снижением ритма, OS с выраженным угнетением ритма. При осмотре с фундус линзой: OD – без патологии, OS бледность ДЗН с чёткими границами. ОКТ – OU истончение толщины слоя нервных волокон в нижнем сегменте. Картина глазного дна ОКТ представлена на рисунке 1.

Учитывая данные проведенных исследований, выставлен диагноз: Состояние после блефаропластики обоих глаз. Лагофтальм правого глаза. Птоз верхнего века левого глаза. Нарушение кровообращения зрительного нерва левого глаза. Комплексное лечение пациента включало: инъекционно ангиопротекторную терапию (актовегин, эмоксипин, этамзилат, в височную мышцу витамины группы В) и массаж, растягивающий нижнее веко в вертикальном направлении. В связи с высоким риском возникновения повторных нарушений кровообращения, физиотерапия не назначалась.

Пациент был выписан на 10 день лечения. Visus OD = 1,0 /OS = 0. При осмотре с фундус линзой состояние зрительного нерва OS и сетчатки такое же, как при поступлении. Картина глазного дна обоих глаз представлена на рисунке 2. Учитывая особенность характера осложнений, эктропион нижнего века \underline{OD} , лагофтальм \underline{OS} , нарушение кровообращения зрительного нерва по артериальному типу \underline{OS} , при выписке пациенту было рекомендовано провести курс консервативной терапии (миогимнастика, массаж с применением 0,5% глазной гидрокортизоновой мази), физиолечение (ультразвук, фонофорез, электрофорез с ферментами, пневмомассаж) спустя 2-3 месяца после операции.

Выводы: Таким образом, можно заключить:

1. Сложность анатомии в области век делает любое оперативное вмешательство трудоёмким, требующим от хирурга высокой квалификации.
2. Возникающие осложнения диктуют более тщательное предоперационное обследование пациентов с целью выявления группы риска глазной и экстраокулярной патологии и, следовательно, усложнения оперативной техники.

3. Педантичное планирование хирургического вмешательства, являются ключом для профилактики и понимания этиологии осложнений.

Литература

1. Грищенко С.В. Дифференцированный подход к восстановительному лечению после блефаропластических операций / С.В. Грищенко, И.А. Филатова [и др.] // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология: научно-практический журнал. – М.: Русский врач, 2011. – № 2. – С. 31-38

2. Грищенко С.В. Особенности эстетической и реконструктивной блефаропластики в различных клинических ситуациях: основы планирования и эффективность хирургических технологий // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М.: Аир-Арт, 2011. – № 2. – С. 73-92

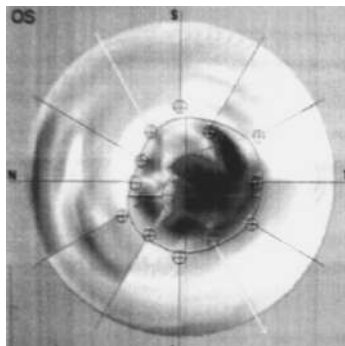
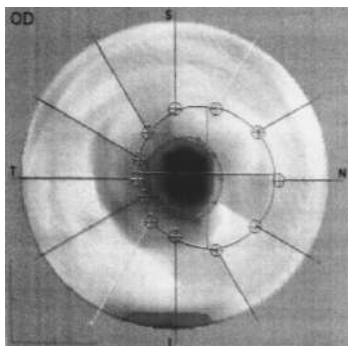
3. Коновалова Т. Особенности восстановительного лечения при осложнениях после эстетической блефаропластики: случай из практики // Эстетическая медицина: научно-практический журнал. – М.: ЗАО "Космопресс", 2009. – Т. 8, №1. – С. 126-127.

4. Профилактика осложнений эстетической блефаропластики / Р.Т. Адамян [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М.: Аир-Арт, 2011. – № 3. – С. 10-16.

5. Blepharoplasty complications / G.J. Leilli, R. D. Lieman // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2010. – Vol. 125, article 1017.

6. Minor complications after blepharoplasty: dry eyes, chemosis, granulomas, ptosis, and scleral show / S.J. Pacella, M.A. Codner // Plastic and Reconstructive Surgery – 2010. – Vol. 125, № 2. – P. 709-718.

7. Transcutaneous blepharoplasty in blepharochalasis / S.A. Sacchidanand, H.S. Deepak, C. Vishal, T.N. Revathy // J Cutan Aesthet Surg. – 2012 –Oct; №5(4) – P.284-286 (doi: 10.4103/0974-2077.104919).



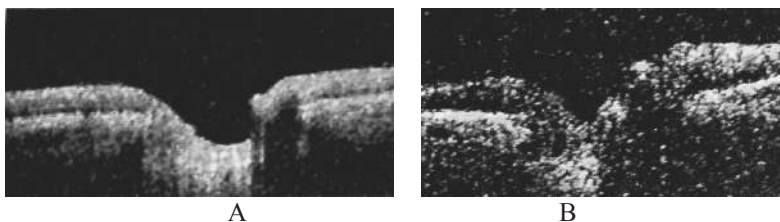


Рис 1 – ОКТ зрительного нерва (правый глаз – А, левый глаз – В) пациента X. при поступлении

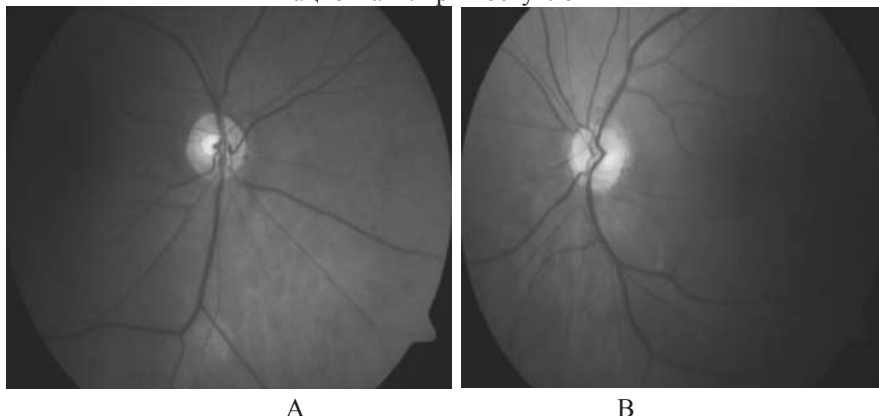


Рис.2 – Глазное дно пациента X. (правый глаз – А, левый глаз – В) при выписке

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСМОТИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ СРЕДЕ

Карман А.Д.

УО «БГМУ», г. Минск

Осмолярность - количество частиц в 1 л воды (плазмы). Определяет обмен жидкости между сосудом и тканью. Ее изменения существенно сказываются на обмене воды, ионов и нарушениях их обмена.

Осмолярность плазмы составляют Na^+ и анионы (88%), остальные 12% - глюкоза, мочевины, K^+ , Mg^{++} , Ca^{++} , белки.

Осмотическое давление находится на постоянном оптимальном для обмена веществ уровне (в среднем 5600 ммрт.ст.).

Онкотическое давление определяется белками плазмы и составляет менее 1% от общего осмотического давления (21-25 ммрт.ст.).

Клиницисты незаслуженно мало используют показатели осмолярности в своей практической работе, что в значительной степени связано с отсутствием простых, доступных и информативных методов определения. Гиперосмолярный синдром при гестозе, гиповолемии, кишечных свищах, дефиците воды, гликемии и уремии нередко остается за пределами распознавания ввиду отсутствия простых и информативных методов.

Осмотическую активность среды определяют:

1. осмометром, который состоит из двух сосудов, разделенных полупроницаемой перепонкой.

2. криоскопически, т. е. измерением температуры замерзания. Как известно, температура замерзания раствора тем ниже, чем выше его осмотическое давление.

3. наиболее распространенным в настоящее время является расчетный метод А.П. Зильбера (1984г.). В плазме крови исследуемого определяют содержание натрия, калия, глюкозы и мочевины в ммоль/л и рассчитывают осмолярность по формуле:

$$\text{ОСМ} = 2 \text{ Na} + \text{K} + \text{глюкоза} + \text{мочевина} \text{ мОсм/кг}$$

Для расчета осмотического давления используется формула:

$$\text{ОСМ давление (мм рт.ст.)} = \text{осм-ть (мОсм/кг)} \times 19,3$$

Недостатками этих способов являются:

- ошибка достигает 20%;
- непригодность для определения осмолярности в микроциркуляторной среде, где ткань и жидкость представляют одну массу;
- невозможность определить долю осмолярности в интегральном микроциркуляторном давлении;
- ограниченное применение в клинических условиях.

Нами разработан простой, доступный, точный и неинвазивный способ определения осмолярности микроциркуляторной среды.

Первое действие. Производим забор крови из вены у исследуемого. В плазме определяем содержание натрия, калия, глюкозы и мочевины в ммоль/л.

Действие второе. Определяем объем тканей, в которых изучают ОД при помощи эдемометра. Вначале прижимным винтом «А» верхнюю площадку эдемометра прижимают до полного соприкосновения с противоположной площадкой и контрольный винт «Б» доводят до упора в корпус аппарата. В таком положении обе площадки эдемометра плотно соприкасаются между собой и отражают нулевое значение пространства между ними. Затем прижимной винт «А» отворачивают в обратном направлении до появления расстояния между площадками эдемометра до 2 см. При этом контрольный винт «Б» вращается вместе со стержнем прижимного винта «А» и отходит от корпуса аппарата на расстояние разведенных площадок.

После установления бранш аппарата вращением прижимного винта «А» сдавливают ткани между этими браншами до 60 ммрт.ст. В этом положении между браншами аппарата оказался слой ткани межпальцевого промежутка («Е»), высоту этого слоя определяют расстоянием между корпусом эдемометра и положением контрольного винта «Б». Таким образом, получена высота тканей сдавленных между браншами аппарата (h). На эту величину «h» умножают площадь сдавленных в аппарате тканей, которую определяют по формуле: $v=(\pi^2 \times h)/1000$ и получают объем тканей сдавленных в аппарате в см³

Действие третье. Определяем индекс гидратации (ИГ) уже определенного объема тканей для выявления жидкой среды в них и расчета осмолярности. Индекс гидратации определяем по эдемометрограмме путем оценки максимального снижения давления (МСД) по формуле:

ИГ = МСД исследуемого/МСД здоровых лиц соответствующей возрастной группы.

Определение индекса гидратации тканей (ИГ) необходимо для того, чтобы осмотическое давление в этих тканях рассчитывать не по их общему объему, а по содержанию в них жидкой среды, так как существующие методы оценки осмолярности производят расчет по содержанию натрия, калия, мочевины и глюкозы в одном литре плазмы крови.

Методом эдемометрии определяем максимальное снижение давления в тканях (МСД) под давлением 100 ммрт.ст. Под влиянием давления из тканей выдавливается жидкость, что влечет за собой уменьшение их объема и снижение исходного давления. По мере выдавливания жидкости и уменьшения объема сдавленных тканей снижается давление в системе аппарата, что прослеживается на манометре системы. Наконец наступает такой момент, когда давление в тканях уравнивается с давлением в эдемометре. Снижение давления от исходного в 100 ммрт.ст до уровня его уравнивания в тканях документирует то количество жидкости, которое под этим давлением выдавилось из сдавленных тканей известного объема. На эдемометрограмме показано, как из точки «А» давление снизилось до точки «Б» за 10 минут и от точки «А» до точки «О» снизилось до 89 ммрт.ст. Эта величина отражает микроциркуляторное давление (оно здесь равно 89 ммрт.ст.), а максимальное снижение давления за счет выдавливания жидкости равно 11 ммрт.ст. (100-89). МСД относим к такому же показателю здоровых лиц адекватного возраста (средний показатель), выражаем индексом гидратации тканей (ИГ) и рассчитываем по формуле.

Действие четвертое. Расчет осмотического давления производят по видоизмененной формуле А.П. Зильбера (1984г.), в которой учитывают объем тканей (v), индекс гидратации (ИГ) и перевод осмосединиц в мм рт.ст. коэффициентом 19,3. Формула расчета ОД выглядит так:

$ОД = (\pi r^2 \times h) / 1000 \times ИГ \times [(2Na + K + \text{мочевина} + \text{глюкоза}) \times 19,3] / 1000$, где
ОД – осмотическое давление в мм рт. ст.,
 π – индекс расчета площади сдавленных тканей (3,14),
r – радиус площадок сдавления тканей эдемометром в мм (7, 5),
h – высота столбика сдавленных тканей площадками эдемометра в мм

(10),

ИГ – индекс гидратации тканей, в которых определяется ОД (1,0),
 Na^+ , K^+ , мочеви́на, глюкоза – содержание натрия и калия в плазме крови исследуемого в ммоль/л,

19,3 – коэффициент перевода осмолярности в мм рт.ст.

Цифровой расчет ОД по формуле будет выглядеть так:

$$ОД = [(3,14 \times (7,5 \times 7,5) \times 10) / 1000] \times 1,0 \times [(280 + 4,2 + 8 + 5,4) \times 19,3] / 1000$$

С учетом постоянства площадок эдемометра формула будет выглядеть так:

$$ОД = (177 \times 10) / 1000 \times 1,0 \times [(280 + 4,2 + 8 + 5,4) \times 19,3] / 1000$$

В данном примере ОД равно:

$$ОД = 1,77 \times 1,0 \times 5,7 = 10,1 \text{ мм рт.ст.}$$

Новые данные:

определение осмотического давления в микроциркуляторной среде, а не в плазме;

ОСД высчитывается с учетом степени гидратации тканей;

оригинальный способ определения объема тканей с вычислением высоты h;

способ может применяться для выявления электролитных нарушений и обоснования их коррекции в среде микроциркуляции;

перспективно применение в клинической практике, в экспериментальных и научных исследованиях;

способ отличается высокой точностью, неинвазивностью и простотой для внедрения в клинику.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ СОЧЕТАННЫХ С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ

*Климович А.Е.², Татур А.А.¹, Гончаров А.А.², Кардис В.И.², Попов М.Н.²,
Стахиевич В.А.², Богачев В.А.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Частота выявления рубцовых стенозов трахеи (РСТ) у пациентов с трахеопищеводными свищами (ТПС) варьирует от 28% до

71,4%. Среди пациентов с РСТ ТПС диагностируются у 2,7-25,9%. Проблема ранней диагностики и рационального хирургического лечения РСТ сочетанных с ТПС неопухолевого генеза до настоящего времени остается в торакальной хирургии актуальной и крайне сложной ввиду относительной редкости сочетания этих двух патологических процессов, как правило, ятрогенной этиологии каждый из которых сам по себе угрожает жизни пациента. Сегодня предложены различные лечебные подходы в коррекции РСТ и ТПС, но общепринятых способов их лечения нет [1, с. 226; 2, с. 268].

Целью исследования явилось изучение результатов диагностики и эффективности применения различных методов лечения 13 пациентов с РСТ, сочетанных с ТПС.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 1994-2013 г.г. на лечении находилось 157 больных с РСТ и 26 с приобретенными ТПС. На основании комплексного МСКТ-эндоскопического обследования у 13 больных установлены причины развития, особенности клинических проявлений при сочетании РСТ и ТПС, их параметры и обоснован выбор рациональной лечебной тактики.

Результаты и обсуждение. Характерно, что у 13 из 26 пациентов с ТПС (50%), фистула сочеталась с РСТ. В то же время в группе больных с РСТ частота сочетания с ТПС составила 8,3%. Среди пациентов с сочетанием РСТ и ТПС женщин было 6, мужчин 7. Их возраст варьировал от 21 до 63 лет и в среднем составил $38,3 \pm 7,6$ года, т.е. 92% больных были трудоспособного возраста. У 11 больных развитие стеноза трахеи было следствием длительной ИВЛ с проведением оротрахеальной интубации. Если трахеостома (ТС) была только у 26,9% пациентов с изолированным ТПС, то при его сочетании с РСТ – у 61,5%.

При поступлении в клинику общее состояние было тяжелым у 5 больных, средней степени тяжести – у 7, удовлетворительное – только у 1. У 46% больных имелись психо-неврологические расстройства, у 15,4% – сахарный диабет.

При видеотрахеоскопии и МСКТ короткий (≤ 1 см) свищевой ход был у 5 больных, длинный (≥ 1 см) – у 8. Продольные размеры фистул широко варьировали от 1,5 до 6 см и в среднем составили $3,5 \pm 0,6$ см. РСТ II ст. выявлен у 5 больных, III ст. – у 4, IV ст., т.е. окклюзия трахеи над ТС-й канюлей – у 4. По протяженности превалировали ограниченные РСТ (≥ 1 - ≤ 4 см) – у 10 больных (77%). Короткий (≤ 1 см) и распространенный (≥ 4 см) стенозы были, соответственно у 2 и 1 пациентов. Характерно, что у 7 больных РСТ имел два уровня, из них у 4 – с поражением подскладочного отдела гортани. ТПС сочетался с рубцовым трахеальным (69,2%) и

ларинготрахеальным (30,8%) стенозом II ст. 3 (38,4%), III ст. (30,8%) и IV ст. (30,8%).

Предоперационная подготовка заключалась в лечении и профилактике развития аспирационной пневмонии, коррекции нутритивной недостаточности и гидроионных нарушений. Обеспечение питания пациентов было индивидуальным, терапия основной патологии. У 7 больных было налажено питание через назогастральный зонд, у 5 - через гастростому, у 1 - через энтеростому. Регулярно проводились санационные трахеобронхоскопии. Антибактериальная терапия проводилась при клинико-рентгенологической верификации пневмонии.

Хирургическое лечение РСТ и ТПС предусматривало одномоментное разобщение свища, эзофагорафию с одномоментным (циркулярная резекция) или этапным восстановлением просвета трахеи.

Радикальное хирургическое лечение ТПС выполнено 12 больным. У одного пострадавшего после ожога гортаноглотки, пищевода и желудка с формированием обширного свища между среднегрудным отделом пищевода трахеей и устьем левого главного бронха, послеожогового субкомпенсированного стеноза желудка были выполнены гастропластика, гастростомия и трахеопластика на Т-стенте с последующей пластикой окончатого дефекта трахеи и колофарингоэзофагопластикой.

Одномоментное радикальное разобщение ТПС с циркулярной резекцией трахеи (ЦРТ) выполнено 3 пациентам: одному по традиционной методике и 2 с применением модифицированного нами способа Грилло с формированием межтрахеального (1) и гортанотрахеального (1) анастомоза с тимотрахеопексией и ушиванием дефекта пищевода аппаратным швом [1].

Девяти пациентам с протяженным (≥ 4 см) РСТ вначале из цервикомедиастинального доступа проведено разобщение ТПС, а затем - восстановление просвета трахеи на Т-образном стенте у 6 из них. На начальном этапе работы по традиционной методике с оставлением тканей свищевых каналов на трахее ТПС были разобщены у 3 больных путем трахео-, эзофагорафии с использованием интерпозиции лоскута грудно-ключично-сосцевидной мышцы. У 6 пациентов разобщение ТПС с эзофагорафией и пластикой дефекта трахеи за счет спаянной с ней стенки пищевода и ВЛТ проведено по оригинальному способу [1]. Для разграничения линии швов на трахее и пищеводе у 4 больных мы применили мышечные лоскуты с неблагоприятным исходом у троих.

Высокую эффективность применения ВЛТ подчеркивает тот факт, что в раннем послеоперационном периоде у 2 из 6 оперированных по разработанной нами методике больных с гигантскими ТПС после ушивания пищеводных дефектов ручным швом развилась их несостоятельность с формированием наружных свищей, которые были успешно излечены консервативно. Просвет трахеи через 2-4 недели был восстановлен путем

этапных реконструкций с использованием Т-образного стента у 4 больных, резекции 5 полуколец трахеи ниже зоны эзофаготимотрахеопластики с межтрахеальным анастомозом – у 1. У 1 пациента короткий РСТ был успешно устранен путем лазерной вапоризации. Одному больному после инфаркта мозга с отсутствием разделительной функции гортани с РСТ III ст. с его согласия выполнена химическая облитерация трахеи, и он сегодня через 8 лет после операции остается канюленосителем, но питается через рот.

«Хорошие» отдаленные результаты получены у 7 больных (58,3%), удовлетворительные – у 2 (16,7%), неудовлетворительные – у 3 (25%).

Выводы

1) У больных с РСТ частота сочетания с ТПС составляет 8,3%, а при ТПС рубцовая трансформация трахеи выявлена у 50% пациентов;

2) При сочетании ТПС с РСТ у трахеостомированных больных оптимально вначале выполнить разобщение свища с пластикой трахеального дефекта тканями свищевого канала и ВЛТ, а затем проводить этапные реконструкции трахеи с использованием Т-образного стента;

3) Одномоментная ЦРТ с зоной свища с формированием межтрахеального анастомоза с использованием лоскута тимуса на сосудистой ножке и эзофагографией показана при протяженности РСТ до 4,0-4,5 см.

Литература

1. Татур, А.А. Хирургия рубцовых стенозов трахеи и трахеопищеводных свищей // А.А. Татур, С.И. Леонович / Минск: БГМУ, 2010. - 272 с.

2. Macchiarini, P. Evaluation and outcome of different surgical techniques for postintubation tracheoesophageal fistula // P. Macchiarini [et al] / J. ThoracCardiovasc. Surg. – 2000. – Vol. 119 – P. 268–276.

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГОТРОПНОГО СРЕДСТВА «РЕОГЕМИН» НА КОРРЕКЦИЮ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

*Куделич О.А.¹, Кондратенко Г.Г.¹, Есепкин А.В.²,
Скипор Л.В.², Жук А.С.², Францкевич Д.В.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Республика Беларусь, Минск*

ВВЕДЕНИЕ

В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита в самом начале отличается своей тяжестью и носит деструктивный характер [1, 2]. При этой форме уже с первых суток развивается клиника выраженной эндогенной интоксикации, а лавинообразное освобождение пула провоспалительных цитокинов проявляется синдромом системного воспалительного ответа с последующей дисфункцией различных органов и полиорганной недостаточностью (СПОН) уже в ближайшие сутки от начала заболевания [3]. Возникающий вследствие гипоксии энергетический дефицит клеток различных органов логично расценивать как еще один и, возможно, главный механизм формирования СПОН при тяжелом остром панкреатите. Поэтому для снижения повреждающих эффектов эндогенной интоксикации важно не только устранять источник и циркулирующие токсины, но и увеличивать компенсаторные возможности органов-мишеней. Это обосновывает смысл и полезность включения энергопротекторных средств для их целенаправленной защиты, устранению клеточного энергодефицита и предупреждению СПОН.

ЦЕЛЬ

Определить влияние энергопротекторного средства «Реогемин» на состояние свободнорадикального окисления и на уровень эндогенной интоксикации при тяжелом остром панкреатите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты комплексного лечения 53 пациентов с острым панкреатитом тяжелого течения. Исследование было проспективным, рандомизация проводилась по принципу «чет - нечет». В соответствии с задачами исследования были сформированы контрольная и основная группы. Контрольную группу составили 26 пациентов с острым панкреатитом, которым проводили комплексное лечение согласно принятым стандартам, основную группу – 27 пациентов, комплексное лечение которых было дополнено внутривенным введением раствора реогемина согласно разработанной нами схеме (со скоростью до 90 капель в минуту в дозе 400 мл 2 раз в сутки).

Тяжесть панкреатита оценивали по критериям шкалы Imrie-Glasgow, считая, что наличие 3 баллов и более характерно для тяжелого панкреатита с явлениями панкреонекроза. По 3 балла по шкале Imrie было у 25 пациентов, 4-5 баллов – у 22, 6 баллов – у 6 пациентов. Среднее значение ($M \pm m$) КТ-индекса тяжести Balthazar составило $7,2 \pm 0,3$ балла (95%-ДИ: 6,6-7,7; min 6, max 9).

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, срокам от начала заболевания до госпитализации, тяжести по шкале Imrie-Glasgow и модифицированной шкале тяжести поражения поджелудочной железы по Balthazar, что позволяло научно обоснованно сравнивать результаты их лечения при различных способах.

На момент поступления и в динамике на 1, 3 и 7 сутки учитывали количество лейкоцитов, концентрацию АЛАТ и ЛДГ в сыворотке крови пациентов. В гемолизатах крови определяли уровень супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, малонового диальдегида (МДА). Для определения тяжести эндотоксикоза определяли выраженность окислительной модификации белков (ОМБ) в сыворотке крови по содержанию битирозина, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из достоверных признаков синдрома эндогенной интоксикации при тяжелом остром панкреатите в обеих группах при поступлении явилось повышение ЛИИ в 2,4 раза выше нормальных значений (норма 0,3-1,5 усл.ед.). У пациентов контрольной группы на 3-е сутки стандартный способ лечения не препятствовал прогрессированию эндогенной интоксикации, о чем свидетельствовало повышение ЛИИ с $3,52 \pm 0,55$ до $5,98 \pm 0,53$ усл.ед. (критерий Wilcoxon, $p = 0,01$). В основной группе в этот же период наблюдалась обратная динамика процесса, на фоне лечения реогеминном уровень ЛИИ снизился с $3,63 \pm 0,25$ до $3,15 \pm 0,23$ усл.ед. (критерий Wilcoxon, $p=0,121$). На 7-е сутки в контрольной группе наблюдалось снижение ЛИИ, тем не менее, он все еще оставался выше нормальных значений. В основной группе в этот же период лечения ЛИИ был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($1,64 \pm 0,29$ versus $3,44 \pm 0,27$ усл.ед.; Mann-Whitney U Test; $p=0,042$) и не отличался от нормы.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что включение реогемина в комплексное лечение пациентов с тяжелым ОП оказывает заметное положительное влияние на динамику ЛИИ.

Повышение уровня битирозина принято считать наиболее надежным маркером ОМБ. При поступлении у всех пациентов содержание битирозина было достоверно выше нормальных значений (Mann-Whitney U Test; $p=0,001$). В обеих группах на 1-е сутки от начала лечения наблюдалось накопление битирозина, однако в контрольной группе эта отрицательная динамика была более выражена, чем в группе пациентов, которым комплексное лечение было дополнено внутривенными инфузиями реогемина ($5,45 \pm 1,43$ versus $4,58 \pm 0,54$ усл.ед.; Mann-Whitney U Test; $p=1,0$). На 3-е сутки в обеих группах наметилась тенденция к снижению накопления этого показателя ОМБ. К концу 7-х суток от начала лечения содержание битирозина в основной группе было меньше, чем в контрольной ($3,29 \pm 1,99$ versus $3,78 \pm 0,92$ усл.ед, Mann-Whitney U Test; $p=0,175$).

При поступлении содержание МДА у пациентов обеих групп было достоверно выше нормы (Mann-Whitney U Test; $p<0,001$) и на протяжении всего периода лечения уровень этого показателя повышался. Однако у пациентов основной группы эта динамика была менее выраженной, и на 7-е

сутки содержание МДА было меньше, чем в контрольной группе ($1,48 \pm 0,14$ versus $1,67 \pm 0,14$ Мкмоль/мгHb, Mann-Whitney U Test; $p=0,563$).

О выраженном проявлении оксидативного стресса при тяжелом остром панкреатите свидетельствовала и низкая активность составляющих антиоксидантной системы – СОД и каталазы. При поступлении содержание СОД в обеих группах было ниже нормальных значений (Mann-Whitney U Test; $p<0,05$). На 1-е сутки от начала лечения в контрольной группе отмечалось дальнейшее снижение активности этого фермента, и на протяжении всего периода лечения активность СОД в этой группе оставалась сниженной. В основной группе на 1-е сутки снижения уровня СОД не наблюдалось. На 3-е сутки от начала лечения в этой группе отмечалось незначительное снижение активности фермента с $4,82 \pm 0,61$ до $4,65 \pm 0,28$ Ед/мгHb (критерий Wilcoxon, $p>0,05$), которое в дальнейшем сменялось ее ростом, и на 7-е сутки лечения активность СОД в основной группе была выше, чем в контрольной ($4,80 \pm 0,48$ versus $4,99 \pm 0,29$ Ед/мгHb, Mann-Whitney U Test; $p=0,684$).

В обеих группах активность каталазы при поступлении была достоверно ниже нормальных значений (Mann-Whitney U Test; $p<0,001$). В контрольной группе на протяжении 3-х суток от начала лечения наблюдалось повышение активности каталазы с $7,90 \pm 0,07$ до $9,1 \pm 0,16$ Мкмоль/НОМкл*мин (критерий Wilcoxon, $p=0,012$). В дальнейшем в этой группе отмечалась отрицательная динамика со снижением активности фермента на 7-е сутки до $8,15 \pm 0,33$ Мкмоль/НОМкл*мин. В основной группе повышение активности каталазы наблюдалось на 1-е сутки (с $8,17 \pm 0,41$ до $8,37 \pm 0,23$ Мкмоль/НОМкл*мин; критерий Wilcoxon, $p=0,61$) и на 7-е сутки от начала лечения активность этого фермента не имела существенной разницы между группами (Mann-Whitney U Test; $p=0,182$).

Формирование синдрома эндогенной интоксикации сопровождалось модификацией функционально-метаболических параметров печени, что проявилось накоплением в крови «печеночных» ферментов цитолиза – АЛАТ, и ЛДГ. При поступлении у всех пациентов с тяжелым острым панкреатитом отмечалось существенное увеличение содержания АЛАТ в сыворотке крови по сравнению с нормальными значениями. В обеих группах на фоне проводимого лечения наблюдалось снижение этого фермента. В основной группе уже к 3-м суткам уровень АЛАТ снизился с $119,37 \pm 29,15$ до $58,23 \pm 13,73$ ед/л (критерий Wilcoxon, $p=0,006$). В контрольной группе достоверное снижение активности фермента произошло только к 7-м суткам ($127,59 \pm 36,06$ и $58,79 \pm 12,77$ ед/л, критерий Wilcoxon, $p=0,035$). В основной группе на 7-е сутки уровень АЛАТ был ниже, чем в контрольной группе ($35,59 \pm 4,61$ versus $58,79 \pm 12,77$ ед/л; Mann-Whitney U Test; $p=0,464$) и не отличался от нормальных значений.

Содержание еще одного маркера цитолиза гепатоцитов – ЛДГ при поступлении в обеих группах превышало нормальные значения в 3,7 раза. В контрольной группе, несмотря на проводимое лечение, на протяжении 3-х суток отмечался рост этого показателя с $906,91 \pm 126,96$ до $1074,00 \pm 170,20$ ед/л (критерий wilcoxon, $p=0,401$) и лишь на 7-е сутки он снизился до $700,80 \pm 127,53$ ед/л. У пациентов основной группы на 3-е сутки от начала лечения дальнейшего повышения содержания ЛДГ по сравнению с уровнем его, отмеченным при поступлении, не выявлялось. В дальнейшем, на протяжении всего периода лечения наблюдалась положительная динамика, и к 7-м суткам уровень ЛДГ достиг $594,00 \pm 90,62$ ед/л.

ВЫВОДЫ:

Общие результаты лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом выглядели следующим образом. Из 53 пациентов, включенных в исследование, оперативное вмешательство потребовалось выполнить 16 пациентам (. При этом потребность в операциях и оперативная активность в основной группе составила 25,9 %, а в группе контроля этот показатель оказался выше – 34,6%. Гнойно-септические осложнения в основной группе развились у 1 (3,7%) пациента, а в контрольной – у 4 пациентов (15,4%). Данные осложнения потребовали выполнения традиционных открытых вмешательств: некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

Таким образом, применение сукцинат-содержащего энерготропного средства отечественного производства «Реогемин» в комплексном лечении острого панкреатита способно улучшить результаты оказания помощи при данном заболевании за счет более раннего восстановления системы антиоксидантной защиты, устранения свободно-радикального окисления, эндогенной интоксикации и предупреждения цитотоксических эффектов.

Литература

1. Ellis, M.P. Acute pancreatitis and the influence of socioeconomic deprivation / M. P. Ellis, J. J. French, R. M. Charnley // The Br. J. of Surg. – 2009. – Vol. 96, № 1. – P. 74–80.
2. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis / M. Besselink [et al.] // Pancreatology. – 2013. – Vol. 13. – P. 1–15.
3. Шок при остром панкреатите / А. Д. Толстой [и др.]. – СПб. : Скиф, 2004. – 64 с.
4. Каль-Калиф, Я. Я. О «лейкоцитарном индексе интоксикации» и его практическом значении / Я. Я. Каль-Калиф // Врачеб. дело. – 1941. – № 1. – С. 31–33.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

*Куделич О.А.¹, Протасевич А.И.¹, Кондратенко Г.Г.¹,
Горох В.И.², Патупчик Ю.Н.², Рябычина Т.А.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Республика Беларусь, Минск*

ВВЕДЕНИЕ

Развитие малоинвазивной хирургии и неудовлетворительные результаты традиционного хирургического лечения при ОП привели к широкому использованию минимально травматичных технологий при данном заболевании. Малоинвазивные вмешательства могут быть основными и вспомогательными в лечении ОП, а в ряде случаев позволяют выполнить необходимое открытое оперативное лечение в более благоприятные сроки [1, 2]. Течение ОП у пациентов, перенесших малоинвазивные пунктирно-дренирующие вмешательства, отличается и имеет свои особенности, число таких пациентов в последние годы постоянно возрастает, однако их судьба в клиническом отношении до сих пор детально не изучена. Клинический опыт показывает, что у части больных, перенесших малоинвазивное вмешательство, развиваются гнойные осложнения, которые требуют многократных некр - и секвестрэктомий. У таких пациентов на фоне современной антибактериальной терапии, секвестрация и гнойные осложнения протекают атипично, и в настоящее время нет надежных критериев, позволяющих рано диагностировать наличие секвестров и своевременно с использованием традиционной операции устранить этот источник интоксикации [3].

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с острым некротизирующим панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основывается на опыте диагностики и лечения 110 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом за период с 2008 по 2014 годы в 10 ГКБ г. Минска. В зависимости от эффективности малоинвазивной методики пациенты были разделены на две группы: 1-ая – только малоинвазивное вмешательство (79 пациентов); 2-ая – малоинвазивное вмешательство и традиционное оперативное лечение (31 пациент).

Всем пациентам с острым панкреатитом при поступлении выполняли стандартный объем клинических, лабораторных и специальных исследований. Верификация панкреонекроза устанавливалась на основании

клинических данных, данных компьютерной томографии (КТ), ультразвукового исследования либо интраоперационно.

Средний возраст составил $44,9 \pm 1,4$ лет (95%-ДИ: $42,2-47,7$ min 21, max 84). Среди пациентов мужчин было 85 (77,3%), женщин – 25 (22,7%).

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 10.0 «StatSoft Inc.» (USA). Для сравнения двух групп по качественному бинарному признаку использовали показатель χ^2 Пирсона. Для описания взаимосвязи двух количественных признаков использовали коэффициенты корреляции Пирсона (r) при нормальном распределении и Спирмена (r_s) при распределении, отличном от нормального. Критическое значение уровня значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 5% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным данным в большинстве наблюдений (79 пациентов) применение малоинвазивных вмешательств в ферментативной фазе (ранняя стадия) острого деструктивного панкреатита позволило существенно снизить эндогенную интоксикацию и в 71,8% случаев в сочетании с комплексной консервативной терапией купировать патологический процесс. Однако, у 28,2% пациентов на поздней стадии все же развились такие осложнения, которые потребовали открытых и даже повторных оперативных вмешательств. Количество повторных операций у этих больных было от 2 до 5. Показаниями к традиционной открытой операции были инфицированный панкреонекроз, флегмона забрюшинного пространства, внутрибрюшное кровотечение, неэффективность малоинвазивных методик.

Для выявления взаимозависимости таких осложнений с различными факторами, прежде всего, были детально изучены сведения, полученные с помощью компьютерной томографии. Установлены различия в степени тяжести поражения поджелудочной железы у пациентов обеих групп. КТ - индекс тяжести поражения был достоверно выше во второй группе, чем в 1-ой ($7,1 \pm 0,33$ и $5,8 \pm 0,31$ балла соответственно, Mann-Whitney U Test; $p = 0,012$). Соответственно у пациентов 2-й группы некроз в объеме более 1/3 поджелудочной железы наблюдалась в 65,4% наблюдений, а в 1-й – в 36,5%. Выявлена прямая корреляционная зависимость между объемом панкреонекроза и эффективностью малоинвазивной методики при тяжелом ОП (Spearman $r = 0,318$; $p = 0,035$). Из полученных данных, следует, что объем панкреонекроза является явным и независимым фактором риска развития гнойных осложнений, требующих открытых операций после использования малоинвазивных вмешательств при тяжелом ОП. Полученные данные могут быть использованы в качестве нового аргумента для прогнозирования

открытых операций у пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства при данном заболевании.

Как показывает клинический опыт, после малоинвазивного дренирования брюшной полости и жидкостных образований на фоне современной антибактериальной терапии, секвестрация и гнойные осложнения протекают атипично, и в настоящее время нет надежных критериев, позволяющих своевременно и точно оценить показания к открытой некрсеквестрэктомии. При недиагностированном и неудаленном секвестре длительно продолжающаяся интоксикация истощает больного, что увеличивает сроки пребывания в стационаре и отрицательно влияет на результаты лечения. Наличие гнойных очагов (секвестраций) приводит к появлению «второй» волны эндогенной интоксикации, которая является результатом токсического воздействия продуктов некротизированных тканей и микробных токсинов [3].

Задача, на решение которой было направлено наше исследование, заключалась в поиске метода более достоверного и раннего выявления секвестрации при остром деструктивном панкреатите у пациентов, перенесших дренирующие вмешательства на ранней стадии заболевания.

Решение поставленной задачи достигнуто тем, что был предложен метод более точной диагностики гнойных осложнений (секвестрации) у пациентов после дренирующих вмешательств, включающий выполнение компьютерной томографии с болюсным внутривенным введением рентгеноконтрастных средств (РКТ) и одномоментной КТ-фистулографии через ранее установленный дренаж. Показаниями к его проведению было появление гнойного отделяемого из дренажной трубки, сохранение или усиление признаков интоксикации, а также необходимость контроля за состоянием дренированной полости.

Для объективной характеристики предложенного диагностического метода мы оценили точность КТ-фистулографии в выявлении секвестров при остром некротизирующем панкреатите по сравнению с применяемым «золотым стандартом» – КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением. С этой целью проведено контролируемое исследование, в которое было включено 12 пациентов с панкреонекрозом. Всем пациентам для выявления особенностей и характера гнойно-воспалительных осложнений выполнялось КТ органов брюшной полости с болюсным усилением и последующая КТ-фистулография. Наличие гнойных осложнений крупноочагового панкреонекроза во всех случаях являлись показанием к хирургическому вмешательству. Все пациенты были оперированы открытым способом, в ходе которого достоверно устанавливалось наличие (или отсутствие) секвестров.

Для определения валидности диагностических методов был произведен расчет чувствительности и специфичности. Чувствительность метода КТ-

фистулографии составила: $6/7 \cdot 100\% = 85,7\%$, чувствительность метода КТ органов брюшной полости с болюсным усилением составила: $4/7 \cdot 100\% = 57,1\%$. Пациенты, у которых не было выявлено секвестров (специфичность), были точно идентифицированы обеими исследуемыми методами в 100%.

Для выбора оптимального диагностического метода проведено построение и анализ ROC кривых, которые показывают зависимость количества верно диагностированных положительных случаев от количества неверно диагностированных отрицательных случаев. Количественную оценку характеристической кривой проводили, рассчитывая площадь (AUC) под ней.

Согласно полученным данным, площадь под ROC-кривой для метода КТ-фистулографии наибольшая (0,929) и близка к 1, что свидетельствует о высоком качестве разработанного метода КТ-фистулографии ($p=0,015$). Площадь под ROC-кривой для метода КТ органов брюшной полости с болюсным усилением равна 0,786 ($p=0,136$), что показывает менее высокое качество данного метода.

ВЫВОДЫ:

1. После малоинвазивных вмешательств по поводу тяжелого острого панкреатита в 28,2% случаев на поздней стадии развиваются осложнения, риск развития которых имеет прямую корреляционную зависимость от объема поражения поджелудочной железы.

2. При гнойно-воспалительных осложнениях крупноочагового панкреонекроза предложенная КТ-фистулография через дренаж, установленный после малоинвазивных вмешательств позволяет достоверно выявить наличие секвестров, их размеры и топографию, что дает возможность установить показания и составить рациональный план открытого хирургического вмешательства.

Литература

1. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis / H. C. Van Santvoort [et al.] // *The N. Engl. J. and Med.* – 2010. – Vol. 362, № 16. – P. 1491–1502.

2. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference / M. L. Freeman [et al.] // *Pancreas.* – 2012. – Vol. 41, № 8. – P. 1176–1194.

3. Папшева, В. В. Диагностика и лечение гнойных осложнений у больных острым панкреатитом после эндовидеохирургического вмешательства : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17/ В. В. Папшева ; Санкт-Петербург. мед. акад. последипл. образования. – СПб., 2010. – 23 с.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Куделич О.А.¹, Протасевич А.И.¹, Кондратенко Г.Г.¹,
Есепкин А.В.², Рябычина Т.А.², Глецевич О.Е.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
Республика Беларусь, Минск*

ВВЕДЕНИЕ

Многообразие особенностей течения острого панкреатита (ОП) затрудняют выбор лечебной тактики [1]. Исследования высокого уровня доказательности убедительно показали преимущества перехода к инвазивным методам лечения ОП только в случае инфицирования панкреонекроза [2]. До недавнего времени основным способом лечения инфицированного панкреонекроза являлась традиционная лапаротомия, позволяющая удалить нежизнеспособные ткани и адекватно дренировать зону воспаления. Летальность при этом подходе крайне высока и составляет от 12 до 39% [3].

Развитие малоинвазивной хирургии и неудовлетворительные результаты традиционного хирургического лечения при панкреонекрозе привели к широкому использованию миниинвазивных технологий при данной патологии. Данные методы могут быть основными и вспомогательными в лечении панкреонекроза и в ряде случаев позволяют выполнить необходимое оперативное лечение в более благоприятные сроки [2, 3, 4].

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты лечения пациентов с острым некротизирующим панкреатитом путем дифференцированного применения малоинвазивных хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эффективность малоинвазивных методик оценена по результатам лечения 110 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом за период с 2008 по 2014 годы в 10 ГКБ г. Минска. Средний возраст составил $44,9 \pm 1,4$ лет (95%-ДИ: 42,2-47,7 min 21, max 84). Среди пациентов мужчин было 85 (77,3%), женщин – 25 (22,7%).

Причиной заболевания большинства пациентов было злоупотребление алкоголем – 70% (77 пациентов), у 15,5% (17) имел место билиарный панкреатит. У 16 (14,5%) пациентов причина острого панкреатита была не определена. Первый приступ острого панкреатита был выявлен в 61,8% наблюдений. Сопутствующие заболевания отягощали течение основного заболевания у 69 пациентов (62,7% наблюдений).

Всем пациентам при поступлении выполняли стандартный объем клинических, лабораторных и специальных исследований, верификация диагноза проводилась на основании клинических, лабораторных данных, а также данных КТ, УЗИ. Тяжесть заболевания оценивали согласно критериям шкалы Glasgow-Imrie: по 3 балла было у 72 пациентов, 4-5 баллов – у 33, 6 баллов – у 5 пациентов. По данным компьютерной томографии с контрастным усилением и оценке по модифицированной шкале Balthazar КТ-индекс тяжести составил $6,3 \pm 0,3$ балла (95%-ДИ: $5,8 \pm 6,7$ min 2, max 10).

Пациенты с признаками тяжелого острого панкреатита согласно критериям Glasgow-Imrie и/или баллам Balthazar, а также пациенты с полиорганной недостаточностью (ПОН) госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации. Все пациенты получали комплексное лечение согласно действующим стандартам, включая анальгетики, инфузионную терапию, аналоги соматостатина, антиферментные препараты, антибактериальные препараты.

Показаниями для малоинвазивного вмешательства являлись: наличие свободной жидкости в брюшной полости; жидкостное скопление в сальниковой сумке и наличие ограниченных жидкостных образований различной другой локализации. В случае экссудативной реакции со стороны брюшной полости и признаков ферментативного перитонита использовали видеолапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости, принципиально воздерживаясь от вскрытия забрюшинного пространства. Всего видеолапароскопические вмешательства и лапароцентез с лечебно-диагностической целью были выполнены 40 пациентам.

Лапароскопия проводилась с использованием традиционной техники. Чрескожное дренирование выполняли в условиях операционной под ультразвуковым наведением, использовали устройство для дренирования полостных образований Ившина (размер дренажей 9-12 Fr) или трансдермальный дренаж (Balton) типа pig-tail (размер дренажей (9-16 Fr).

Всего в анализируемой группе пациентов было выполнено 125 малоинвазивных вмешательств. Наиболее часто (85 – 68%) применялись чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. Из них дренирование острого жидкостного скопления в сальниковой сумке выполнено в 67 случаях, панкреатогенных жидкостных скоплений других локализаций, включая забрюшинное пространство – в 18, дренирование брюшной полости – в 1, абсцесса печени – в 1 случае. У 14 пациентов было сочетанное применение 2-х различных малоинвазивных методик.

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 10.0 «StatSoft Inc.» (USA). Критическое значение уровня значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 5% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от эффективности малоинвазивной методики выделены на две группы пациентов: 1-ая – только малоинвазивное вмешательство (79 пациентов); 2-ая – малоинвазивное вмешательство и традиционное оперативное лечение (31 пациент).

В 1-й группе средний возраст составил $44,8 \pm 15,2$ года; во 2-й – $46,5 \pm 11,7$ лет (Т-тест=0,585; $p=0,56$). Преобладали пациенты мужского пола (количество женщин в 1-ой группе – 15, во второй – 8). Сравнение групп по половому составу также не выявило существенной разницы ($\chi^2=0,01$ $p=0,922$).

Пациенты 1-й группы поступали в стационар через $46,9 \pm 38,1$ часов от момента заболевания, в то время как во второй группе – спустя $45,2 \pm 37,1$ часов (Т-тест=0,385; $p=0,835$). Таким образом, группы были однородны по возрасту, полу, а также по срокам от начала заболевания до госпитализации в стационар.

У половины из всей изучаемой когорты (54 – 49,1% пациентов) после малоинвазивных вмешательств развилось инфицирование панкреонекроза. При этом, несмотря на применение практически одинаковых малоинвазивных методик и антибактериальных средств, в первой группе инфицирование наблюдалось значительно реже (27 – 34,2% пациентов), чем во второй группе пациентов (27 – 87,1%). Результаты посевов отделяемого из дренажей оказались следующими: *Acinetobacter baumannii* (18,5%), *Staphylococcus epidermidis* (14,8%), *Staphylococcus aureus* (13%), *E.coli* (9,3%), *Enterococcus* (9,3%), *Citrobacter freundii* (5,6%), *Klebsiella* (3,7%). В 25,8% случаев культура была представлена ассоциациями перечисленных микроорганизмов. Таким образом, в большинстве посевов обнаружена госпитальная флора, тогда как кишечная высевалась на порядок реже. Полученные данные свидетельствуют о том, что бактериальная транслокация из кишечника у пациентов, перенесших малоинвазивное вмешательство, не является центральным механизмом инфицирования.

Инфицирование очагов некроза вносит свой вклад в развитие эндотоксемии и синдрома органной дисфункции. Клиническую оценку синдрома органной дисфункции у пациентов, перенесших малоинвазивное вмешательство проводили по критериям Bredley [5]. У всех пациентов второй группы развился синдром полиорганной недостаточности (СПОН), при этом поражение 2-х систем отмечено в 16,2% случаев, трех и более – в 83,8%. В 1-ой группе СПОН не было у 11 (13,9%) пациентов, наиболее часто отмечалось поражение двух систем – в 32,9% наблюдений.

Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде явилось развитие наружных свищей и некроза стенки толстой кишки ($n=19$). Среди всех дигестивных свищей формирование наружного панкреатического свища наблюдалось у 8 пациентов. При этом в 75% случаев наружный панкреатический свищ образовался у пациентов с индексом степени тяжести

КТ более 7 и степень некроза поджелудочной железы более 1/3. После чрескожного дренирования оментобурсита под УЗИ у пациентов 1-ой группы выявлено 3 случая формирования наружного панкреатического свища, во 2-ой – 5. У всех этих пациентов панкреатическая фистула закрылась при проведении консервативной терапии. Вторым по частоте в общей структуре дигестивных свищей были наружные толстокишечные свищи, развитие которых мы наблюдали у 4 оперированных пациентов 2-ой группы. У трех пациентов свищ локализовался в селезеночном изгибе толстой кишки, у одного – в нисходящем отделе. После чрескожного дренирования забрюшинной клетчатки под УЗИ в 1-ой группе у 3-х пациентов по данным фистулографии был выявлен некроз стенки толстой кишки в месте стояния дренажа. Всем этим пациентам открытого оперативного вмешательства не понадобилось.

Осложнения непосредственно чрескожного дренирования отмечены в 11 (10%) случаях. У трех пациентов развилось кровотечение (все пациенты экстренно оперированы). В четырех случаях дренажи были установлены через желудок (2) и поперечно-ободочную кишку (2) – оперативного пособия не понадобилось. Выпадение или смещение дренажа, потребовавшее повторного дренирования, отмечено в четырех случаях. Результаты исследования позволили установить, что в фистулообразовании при остром некротизирующем панкреатите ведущее место имеют степень некроза поджелудочной железы и распространенности забрюшинного процесса, а также интервенционный характер малоинвазивных хирургических вмешательств.

ВЫВОДЫ:

1. Несмотря на ряд ограничений исследования (ретроспективность) полученные результаты демонстрируют эффективность использования при лечении острого некротизирующего панкреатита малоинвазивных операций, которые оказались окончательным способом лечения в 71,8% (79 пациентов).

2. Бактериальная транслокация из кишечника не является центральным механизмом инфицирования после малоинвазивных дренирующих вмешательств по поводу тяжелого острого панкреатита, о чем свидетельствует превалирование госпитальной микрофлоры в бактериальных посевах из брюшной полости и забрюшинного пространства. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лечении пациентов с ОП рекомендуется применять антибактериальную терапию с учетом этих данных.

Литература

1. Паранкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение) / А.Д. Толстой [и др.]. – СПб. : Ясный свет, 2003. – 256 с.

2. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis / M. Besselink [et al.] // Pancreatology. – 2013. – Vol. 13. – P. 1–15.

3. Савельев, В.С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: МИА, 2008. – 264 с.

4. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference / M. L. Freeman [et al.] // Pancreas. – 2012. – Vol. 41, № 8. – P. 1176–1194.

5. Bradley, E. L. A clinically based classification system for acute pancreatitis: summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, 1992 / E. L. Bradley // Arch. of Surg. – 1993. – Vol. 128, № 5. – P. 586–590.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

Куптель М.А.², Татур А.А.¹, Пландовский А.В.¹, Попов М.Н.², Протасевич А.И.¹, Росс А.И.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

УЗ «10-я городская клиническая больница»²

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Количество пациентов с вторичной острой эмпиемой плевры (ОЭП) не имеет тенденции к снижению. Основным методом лечения ОЭП является раннее активное дренирование ее полости с эвакуацией гнойного содержимого, санацией с достижением расправления легкого. При недостаточной эффективности активного дренирования после стабилизации состояния своевременно применяют видеоторакоскопические (ВТС), трансторакальные, и торакомиопластические вмешательства. При позднем обращении пациентов, неадекватном лечении у 8,2-26% пациентов ОЭП хронизируется, что требует выполнения обширного травматичного хирургического вмешательства. Одной из причин, способствующих развитию хронической эмпиемы плевры является наличие функционирующего бронхоплеврального свища (БПС) [1, с. 31; 2, с. 34; 3, с. 222]. Поэтому оптимизация хирургической тактики при ОЭП с ранним применением видеоторакоскопических технологий, разработка малоинвазивных методик, позволяющих ликвидировать БПС, является весьма актуальной проблемой торакальной хирургии.

Цель: анализ результатов диагностики и комплексного лечения 150 пациентов с ОЭП различного генеза.

Материалы и методы. В 2010-2012 г.г. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилось на лечении 127 пациентов с

ОЭП, среди которых было 94 мужчины (74%) и 33 женщин (26%) в возрасте от 26 до 80 лет. БПС диагностирован у 37 пациентов (29,1%): у 24 мужчин (64,9%) и 15 женщин (35,1%).

Результаты и обсуждение. Диагностическая программа при ОЭП включала рентгенографию и –скопию ОГК с фистулографией (100%), компьютерную томографию ОГК (55,3%), бактериологическое и общеклиническое обследование (100%), динамическое ультразвуковое исследование плевральных полостей (73,3%). При анализе заболеланий, явившихся причиной развития вторичной ОЭП, нами установлено, что наиболее часто она осложняет течение внебольничных и госпитальных пневмоний, которые отмечены у 63 пациентов (49,6%). Перенесенные травмы и трансторакальные оперативные вмешательства установлены у 17 пациентов (13,3%), БДЛ – у 8 (6,3%), хронический панкреатит с развитием панкреатоцистоплеврального свища – у 3 (2,3%), цирроз печени и абсцессы печени – у 3 (2,3%), инородное тело бронха – у 1 (0,7%), глубокая флегмона шеи - у 1 (0,7%), ТЭЛА с инфаркт-пневмонией - у 1 (0,7%). При анализе данных бактериограмм за 2010, 2011, 2012 г.г. нами выявлена следующая динамика микробного пейзажа при ОЭП: частота *Ps. aeruginosa* варьировала от 41 до 44,5%, *Staph.epidermidis* - от 5,1 до 11,1%, *Acinet. Baumannii* - от 9 до 12,7%, *Staph. aureus* - от 17,2 до 18,6%, *Kl. Pneumoniae* – от 5,1 до 6,4%, *Enterob. Cloacae* – от 9,4 до 15,4%.

Основным методом лечения ОЭП в РЦТХ является срочное дренирование плевральной полости трубками 24–32 Fr с налаживанием, после эвакуации гнойного содержимого активной вакуум - аспирации, которое проведено у 109 пациентов (85,8%). 16 пациентов (12,6%) лечились пункционно, в связи с малыми размерами полости ограниченной эмпиемы и положительной динамикой пункционной терапии. С учетом тяжести состояния пациентов и характера основного заболевания проводили дезинтоксикационную, иммуномоделирующую и, вначале эмпирическую, а после получения результатов бактериологического исследования, этиотропную антибактериальную терапию. Санацию полости эмпиемы проводили растворами антисептиков. После достижения абацилярности аспирата и замены дренажей на более тонкие, стимулировали фиброзирование полости эмпиемы растворами димексида, йодоната, повидона йода.

Расправление легкого после удаления плевральных дренажей было достигнуто у 89 пациентов (70,1%), 8 пациентам (6,3%) понадобилось редренирование полости эмпиемы по поводу рецидива. ВТС- вмешательство с плеврэктомией и декорткацией легкого при ЭМП было выполнено 8 пациентам (6,3%): 4 больным после ДПП и стабилизации состояния, 2-м - без предшествующего ДПП, 2 - видеоассистированная миниторакотомия. 5 пациентам выполнено трансторакотомное вмешательство в объеме

декортикации легкого и плеврэктомии. У 1 пациента проведена торакомиопластика. У 11 пациентов после активного дренирования и санации ограниченных ОЭП при применении в течение 7-10 дней склерозирующей терапии не отмечено тенденции к ее облитерации, в связи с чем, с целью профилактики хронизации процесса и в качестве альтернативы выполнения торакомиопластики нами проведена биоклеевая герметизация полости эмпиемы препаратом «Фибриностат», которая была эффективна у 100% пациентов. Средняя длительность лечения пациентов с ОЭП составила 45,2 койко/дня. Умерло 2 пациента и летальность составила 1,6 %. Хронизация эмпиемы плевры наступила у 12 больных (9,4%) и была связана с их поздним обращением в РЦТХ и развитием БПС.

Выводы

1) При выборе лечебной тактики у больных ОЭП необходимо учитывать степень и объем поражения, тяжесть состояния, наличие сопутствующей патологии, микробный пейзаж и чувствительность микрофлоры к антибиотикам, что позволяет достичь выздоровления у большей части больных.

2) Основным методом лечения ОЭП (85,8%) является срочное дренирование плевральной полости трубками 24–32 Fr с налаживанием активной вакуум – аспирации, которого позволило достигнуть расправления легкого и купирования гнойного процесса у 70,1% пациентов.

3) Использование ВТС у 6,3% пациентов с субтотально-тотальной ОЭП характеризуется высокой эффективностью и сегодня является альтернативой травматичным трансторакотомным декортикациям легких.

4) Применение биоклеевой герметизации ограниченной санированной полости эмпиемы у 100% пациентов позволила избежать выполнения торакомиопластических вмешательств.

Литература

1. Амарантов, Д.Г. Опыт использования торакоскопии при лечении больных с острой эмпиемой плевры // Д.Г. Амарантов, И.А. Баландина / Эндоскоп. Хир. – 2010. - № 6. – С. 27- 31.

2. Татур А.А., Пландовский А.В. Эмпиемы плевры /А.А. Татур, А.В. Пландовский. – Мн.: БГМУ, 2014. – 56 с.

3. Is Medical Thoracoscopy Efficient in the Management of Multiloculated and Organized Thoracic Empyema? // С. Ravaglia [et al] / Respiration. - 2012. - № 84. – P. 219–224.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

*Куптель М.А.³, Татур А.А.¹, Расюк Е.Д.², Пландовский А.В.¹,
Попов М.Н.³, Росс А.И.³, Протасевич А.И.¹*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
ГУ «РНПЦ гематологии и трансфузиологии»²
УЗ «10-я городская клиническая больница»³
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Наиболее частыми причинами развития ОЭП являются пневмонии, бактериальные деструкции легких, травма груди, медиастениты, оперативные трансторакальные вмешательства. Основным методом лечения ОЭП является раннее активное дренирование ее полости с эвакуацией гнойного содержимого, санацией с достижением расправления легкого со своевременным применением видеоторакоскопических, трансторакальных, и торакомиопластических вмешательств. Одной из причин, способствующих развитию у 8,2-26% пациентов ОЭП хронического процесса является наличие бронхоплеврального свища (БПКС) или стойкого плеврального свища (ПКС) [1, с. 35; 2, с. 328]. Поэтому разработка эффективных методик, позволяющих ликвидировать бронхоплевральную коммуникацию, является весьма актуальной проблемой торакальной хирургии.

Цель. Разработка методики, определение показаний к применению и клиническая оценка эффективности препарата «Фибринолат» («РНПЦ гематологии и трансфузиологии», г. Минск, РБ) в комплексном лечении 17 пациентов с ОЭП II-III стадии.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 2011 - 13 гг. на заключительном этапе лечения у 17 пациентов пациентов была использована методика биоклеевой герметизации эмпиемной полости (БКГЭП) с ПКС или с БПКС с использованием отечественного препарата «Фибринолат». Мужчин было 15(88,2%), женщин 2 (11,8%). Возраст пациентов варьировал от 33 до 72 лет.

Результаты и обсуждение. Диагностическая программа включала рентгенографию и –скопию ОГК, фистулографию, мультиспиральную КТ (МСКТ) с контрастированием БПКС, динамическое бактериологическое и общеклиническое обследование. Основным методом лечения ОЭП было срочное активное дренирование плевральной полости (ДПП). С учетом тяжести общего состояния пациентов и характера основного заболевания проводили дезинтоксикационную, иммуномоделирующую и, вначале эмпирическую, а после получения результатов бактериологического исследования этиотропную антибактериальную терапию, санацию полости эмпиемы растворами антисептиков. После достижения абацилярности

аспирата и замены дренажей стимулировали фиброзирование полости эмпиемы растворами димексида, йодоната, повидона йода.

У 17 пациентов после активного дренирования и санации ограниченных ОЭП при применении в течение 7-10 дней склерозирующей терапии не отмечено тенденции к ее облитерации. Ограниченная паракостальная и костодиафрагмальная ОЭП с БПКС была у 9 пациентов, с ПКС – у 8. С целью профилактики хронизации процесса и в качестве альтернативы выполнения торакомиопластики нами оценена эффективность применения БКГПЭ «Фибриностадом», компонентами которого являются: 1) человеческий фибриноген 85 мг + апротинин (гордокс) 3 мл (3000 ЕИК /мл); 2) тромбин 600 Ед + раствор кальция хлорида 0,85% 3 мл.

Разработанная нами методика пломбировки полости эмпиемы и свищевых ходов заключалась в следующем. После приготовления двух растворов в необходимом количестве в зависимости от объема полости их одновременно вводили через тройник двумя шприцами в полость эмпиемы через укороченную дренажную трубку, соединенную переходником. Начало полимеризации наступало через 10-15 сек. после смешивания компонентов, а завершение с образованием эластичной фибриновой пломбы - спустя 30-60 сек. В течение 1-2 суток вакуум-аспирация не проводилась. На 2-3 сутки после герметизации производили замену дренажной трубки. Оценку эффективности БКГЭП проводили путем выполнения фистулографии, при которой отмечали отсутствие или сохранение полости и функционирования БПКС. У 10 пациентов для эффективной герметизации полости было достаточно однократного введения биоклея. Повторное его введение проведено у 7 больных, и было эффективно у 5 из них. Длительность лечения после эффективной клеевой герметизации с заживлением кожного свища составила 7-15 дней. У 2 больных с ПКС с объемом полости *более 20 мл* достигнуть герметизации полости эмпиемы не удалось, и им была выполнена торакомиопластика.

Таким образом, надежная пломбировка полости эмпиемы была достигнута у 15 пациентов (88,2%). С учетом того, что фибрин, кроме образования после полимеризации пломбы, является хорошим стимулятором репаративных процессов, нам представляется, что показаниями для применения «Фибриностада» в комплексном лечении ОЭП могут быть: 1) отсутствие тенденции уменьшения размеров санированной полости ограниченной эмпиемы с БПКС или ПКС в течение 7-10 дней проведения склерозирующей терапии; 2) максимальный объем полости эмпиемы не должен превышать 15-20 мл, т.е. целесообразно использование не более 2-3 доз биоклея.

Выводы

1) Эффективность применения клеевой герметизации ограниченных ОЭП препаратом «Фибриностад» составила 88,2%.

2) Простота выполнения и достаточно высокая эффективность БКГЭП позволяет рекомендовать ее применение у пациентов с ограниченными ОЭП после их дренирования и санации в качестве альтернативы выполнения травматичных торакомиопластических вмешательств.

Литература

4. Татур А.А., Пландовский А.В. Эмпиемы плевры /А.А. Татур, А.В. Пландовский. – Мн.: БГМУ, 2014. – 56 с.

5. Lin, J. Closure of bronchopleural fistulas using Albumin-Glutaraldehyde tissue adhesive // J. Lin, M. D. Iannettoni / *Ann. Thorac. Surg.* - 2004. – Vol.77. – P. 326-328.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВОРОТА НИЖНЕГО ВЕКА ПРИ ЛИЦЕВОМ ПАРАЛИЧЕ

Лебедева П.А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», Минск, Беларусь*

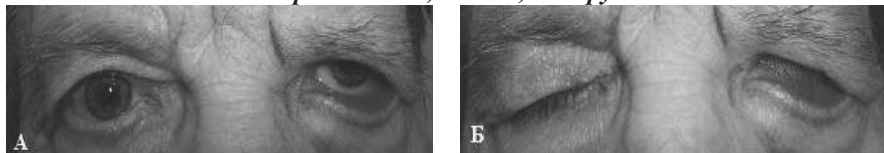


Рис.1

Паралитический лагофтальм и выворот нижнего века у пациента В., 75 лет: А – при взгляде прямо, Б – при попытке сомкнуть веки

Актуальность. На сегодняшний день проблема лечения пациентов с параличом мимической мускулатуры не потеряла своей актуальности для практической офтальмологии.

Поражение n.facialis приводит к нарушению работы m.orbicularis oculi, атрофическим изменениям в тканях век, вывороту нижнего века и растяжению его края, слезотечению и лагофтальму (Рис.1, А, Б). Это патологическое состояние сопровождается не только выраженным дискомфортом, но и возникновением дистрофических изменений со стороны роговицы и конъюнктивы, которые могут привести к стойкому снижению зрения. При тяжелом клиническом течении происходит изъязвление роговицы и ее перфорация, что, при присоединении инфекции, может угрожать потерей глаза. [1,2,3,4,5]

Нарушение мимики, выраженная асимметрия лица отрицательно сказывается на психоэмоциональном состоянии, социальной адаптации и трудоспособности пациентов. [1,2]

Хирургическое лечение при паралитическом лагофтальме направлено на достижение правильного закрытия глазной щели. Актуальным является оптимизация сроков и хирургической техники коррекции данного состояния до развития тяжелых осложнений со стороны глазного яблока.

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения паралитического выворота нижнего века.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находится 15 пациентов с паралитическим выворотом нижнего века и лагофтальмом. Все пациенты были пролечены на базе отделений микрохирургии глаза №1 и №2 УЗ «10 ГКБ» г. Минска за период с ноября 2013г. по март 2015г. Из них – 7 мужчин и 8 женщин, средний возраст составил 55,2 года (от 29 до 75 лет). Период наблюдения составил от 1 до 16 месяцев. Лагофтальм легкой степени был выявлен у 1 человека, средней степени – у 5, тяжелой степени – у 9 человек. Сроки существования лагофтальма и выворота нижнего века колебались от 4 месяцев до 31 года. У 9 из 15 человек диагностирована высокая острота зрения (от 0,1 до 1,0). У 9 пациентов выявлены осложнения со стороны переднего отрезка глазного яблока: эрозия роговицы – у 2 человек, нейротрофический кератит – у 4, язва роговицы – у 2, язва с десцеметоцеле – у 1 человека.

Всем пациентам выполнена пластика нижнего века с применением сетчатого имплантата. Во всех случаях была использована хирургическая частично рассасывающаяся композиционная монофиламентная сетка (50% – нити полиглекапрона, 50% – нити полипропилена; размер пор не менее 3мм).

После операции всем пациентам проводилась симптоматическая медикаментозная терапия, включающая антибактериальные (тобрамицин, левофлоксацин) и противовоспалительные (диклофенак, дексаметазон) препараты, репаратанты и любриканты (корнерегель, солкосероловый гель, видисик. севитин, тауфон).

Результаты. В течение периода наблюдения положение нижнего века оставалось стабильным во всех случаях, сокращение величины лагофтальма составило от 3 до 9мм. Осложнения наблюдались в 4 случаях. У 3 пациентов произошло прорезывание отдельных нитей сетчатого имплантата в области внутреннего угла, что потребовало повторного наложения швов. У одного пациента через 2 месяца после операции развился воспалительный инфильтрат размером 3х4мм, расположенный в средней трети нижнего века, однако, удаления имплантата не потребовалось. Воспаление было купировано после приема внутрь противовоспалительных препаратов, антибактериальные препараты не назначались.

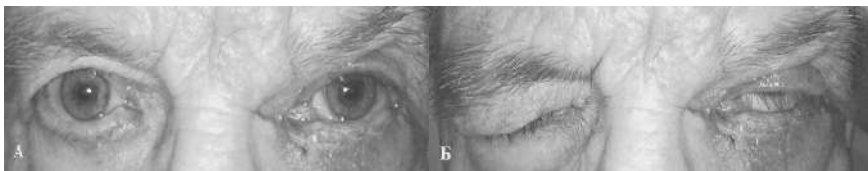


Рис.2

Пациент В., 75 лет, через 2 месяца после пластики нижнего века с применением сетчатого имплантата: А – при взгляде прямо, Б – при попытке сомкнуть веки (нижнее веко в правильном положении – на Рис.1 тот же пациент до операции)

Субъективно 12 из 15 пациентов оценили результат хирургического лечения как хороший, 3 – как удовлетворительный. Пациенты отмечали уменьшение степени зрительного дискомфорта, покраснения, болевых ощущений и слезотечения.

Заключение. Использование сетчатого имплантата для пластики нижнего века позволяет добиться его правильного положения, снизить степень лагофтальма и уменьшить слезотечение.

У пролеченных нами пациентов не выявлено серьезных интра- и послеоперационных осложнений. На данном этапе исследования остается открытым и требует дальнейшего изучения вопрос о технике пластики в области внутреннего угла нижнего века.

Для достижения удовлетворительного косметического результата необходим индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом особенностей течения заболевания, возраста и пожеланий пациента.

Литература

1. Груша, Я.О. Концептуальные основы коррекции паралитического лагофтальма // Вестник офтальмологии. – 2013. – №5. – С.92–96.
2. Зайкова, М.В. Пластика при лагофтальме / М.В. Зайкова // Пластическая офтальмохирургия / М.В. Зайкова. – М., 1980. – Гл. 6. – С. 151–154.
3. Кардаш, А.М. Хирургическое лечение лагофтальма и трофического кератита после удаления невриноом преддверно-улиткового нерва больших размеров / А.М. Кардаш [и др.] // Український нейрохірургічний журнал. – 2010. – № 4. – С.48–49.
4. Неробеев, А.И. Методы коррекции паралитического лагофтальма / А.И. Неробеев, Ц.М. Шургая, И.Г. Мариничева // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. – №2. – С.18–27.
5. Bergeron C, Moe K. (2008) The Evaluation and Treatment of Lower Eyelid Paralysis. Facial plastic surgery, vol. 24, no 2, pp. 231–241.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ МИОПИЧЕСКОЙ МАКУЛОПАТИИ

*Малиновский Г.Ф., Сиденко Н.Н., Войтеховская М.В., Воронович
Т.Ф.*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, УЗ
10-ая городская клиническая больница, Минск, Республика Беларусь*

Миопия высокой степени является одной из основных причин необратимой слепоты и слабовидения у лиц молодого и среднего возраста во многих странах мира. В Европе около 9% стойкой слепоты связаны с миопией высокой степени, а в США она занимает второе место среди причин инвалидности. По данным глазной МРЭК Республики Беларусь близорукость устойчиво занимает второе место среди причин первичной инвалидности при патологии органа зрения.

Распространенность миопии варьирует в широком диапазоне в разных географических областях и зависит от специфических особенностей каждой страны, пола, расы. Близорукость чаще наблюдается у женщин и азиатов, особенно в Японии и Китае, где она к 15 летнему возрасту достигает 75%. На манифестацию и прогрессирование близорукости оказывают влияние как особенности окружающей среды, так и генетические факторы.

Следует разграничивать понятия простая миопия, обусловленная дисбалансом между размером передне-задней осью (ПЗО) глаза и преломляющей его силой и патологическая миопия (ПМ), характеризующаяся значительным удлинением ПЗО из-за растяжения склеры в результате изменений коллагеновых волокон и избыточного накопления гликозаминогликанов в основном веществе.

В перечень изменений заднего отдела глазного дна, сопровождающих патологическую миопию, входят неэкссудативные изменения и экссудативные проявления. К неэкссудативным проявлениям патологической миопии относят перипапиллярные атрофические конусы, заднюю стафилому склеры, поверхностные трещины в мембране Бруха (лаковые трещины), зоны диффузной дис- и гиперпигментации, атрофии в пигментном эпителии сетчатки (ПЭС) и хориоидеи. Экссудативные формы патологической миопии характеризуются субретинальными экссудативно-геморрагическими проявлениями и хориоидальной неоваскуляризацией (ХНВ).

Механическое натяжение тканей глаза при патологической миопии способствует возникновению хориоидальной ишемии, а также к высвобождению фактора роста сосудистого эндотелия (ФРСЭ). Эти изменения приводят к разрывам в мембране Бруха («лаковым» трещинам), атрофии ПЭС, развитию хориоидальной неоваскуляризации и субретинальной неоваскулярной мембраны (СНМ). На основании

клинических и флюористентно-ангиографических (ФАГ) исследований японские ученые Hayashi K. и Ohno-Matsui K. установили, что новообразованные сосуды из подлежащих хориокапилляров растут через лаковые трещины и на границе атрофических зон. Авторы считают, что любые патологические изменения, приводящие к дисбалансу во взаимодействии комплекса хориокапилляры-мембрана Бруха-ПЭС могут вызывать локальную ишемию этих зон и способствовать формированию СНМ, что приводит к резкому снижению зрительных функций и инвалидности. Предсказывают неблагоприятное течение патологической миопии и способствуют развитию СНМ «лаковые» трещины и пятнистые атрофические участки в хориоретинальной ткани. Риск развития СНМ на фоне миопии высокой степени варьирует от 4 до 10% в разных регионах мира. Поэтому лечение ПМ и профилактика тяжелых осложнений является актуальной и социально значимой проблемой.

Цель исследования. Оценить эффективность лекарственного препарата ОПТИКС у пациентов с миопической макулопатией.

Материалы и методы. Обследовано в Республиканском лечебно-консультативном центре УЗ 10-й ГКБ 30 пациентов (60 глаз), страдающих близорукостью: из них миопия высокой степени наблюдалась у 20 пациентов (40 глаз), миопия средней степени – у 5 пациентов (10 глаз), миопия средней степени в сочетании с ВМД – у 3 пациентов (6 глаз) и миопия слабой степени у 2 пациентов (4 глаза). Мужчин – 9, женщин – 21. Средний возраст составил 44,3 года, самому молодому был 21 год, старшему – 70 лет. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование до лечения и через 2-3 месяца после приема лекарственного препарата оптикс. Обследование включало: визометрию, рефрактометрию, тонометрию, эхоскопию, эхобиометрию, компьютерную периметрию, оптическую когерентную томографию сетчатки. Всем пациентам назначали ОПТИКС по 1 таблетке 1 раз в день в течение 2 месяцев. Одному пациенту с экссудативной макулопатией дополнительно назначали эмоксипин 1% в виде инстилляций в течение 1 месяца и ретробульбарно дипроспан по 0,5 мл 1 раз в 7 дней № 3.

Распределение пациентов по степени близорукости представлено на рисунке 1.

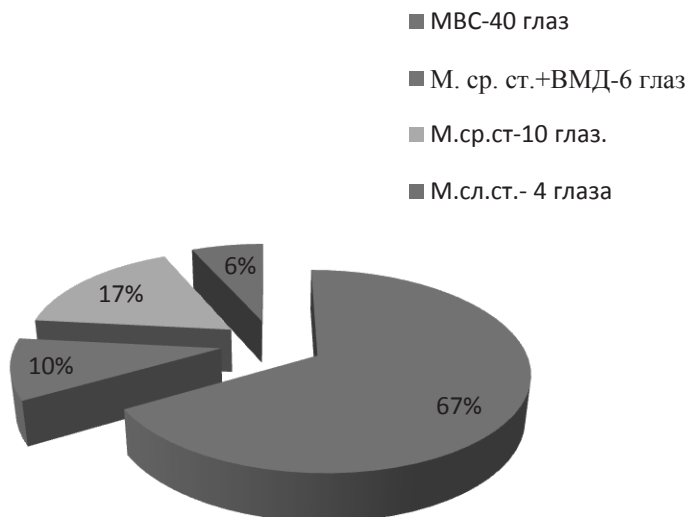


рисунок 1 - распределение пациентов по степени близорукости

Результаты исследования

Исследование показало хорошую переносимость препарата и отсутствие аллергических реакций. После проведенного курса лечения все пациенты отмечали стабильность зрительных функций и улучшение темновой адаптации.

Статистический анализ некорригированной и корригированной остроты зрения до и после лечения представлен на рисунке 2.

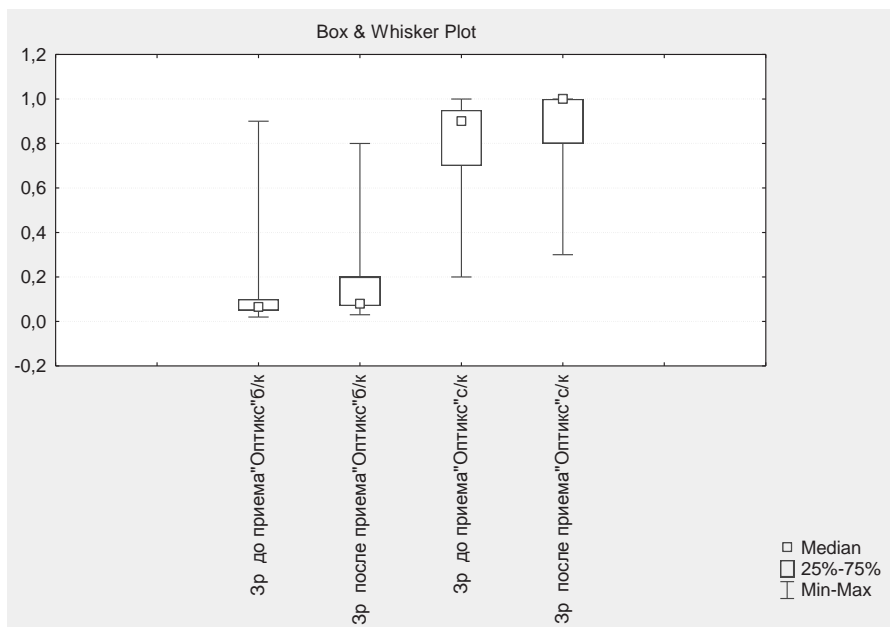


Рисунок 2

Как следует из рисунка, некоррегированная и особенно коррегированная острота зрения улучшилась. При визометрическом контроле острота зрения повысилась в 45% случаев.

Анализ компьютерной периметрии и оптической когерентной томографии до и после лечения пациентов препаратом ОПТИКС показал стабильность результатов. При исследовании глазного дна офтальмоскопическая картина не изменилась.

Выводы

1. Миопическая макулопатия является часто встречающейся и рано инвалидизирующей патологией органа зрения у лиц молодого работоспособного возраста. Неблагоприятными прогностическими факторами прогрессирования близорукости является наличие «лаковых» трещин в мембране Бруха и атрофических зон в пигментном эпителии сетчатки, которые могут реализоваться в ХНВ и СНМ, что обосновывает динамическое наблюдение за данной категорией пациентов и проведения курсов антиоксидантной терапии.

2. Применение комплексного препарата ОПТИКС у пациентов с миопической макулопатией является обоснованным и эффективным, оказывает положительное действие на функциональное состояние органа зрения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Малиновский Г.Ф., Воронович Т.Ф., Чернушевич О.М.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, УЗ 10-я городская клиническая больница, Минск, Республика Беларусь

Нарушение проходимости слезоотводящих путей, по данным многих авторов составляет от 6 до 25% у пациентов с заболеваниями глаз. Данная патология часто возникает в наиболее трудоспособном возрасте и представляет постоянную угрозу для органа зрения, затрудняет выполнение ряда производственных процессов, ограничивает выбор профессии, а также может быть причиной хронического воспаления переднего отрезка глаза, возникновения флегмоны орбиты, септикопиемии, ранней инвалидизации пациентов работоспособного возраста.

Лечение больных с заболеваниями слезных путей представляет одну из трудных задач офтальмологии. Несмотря на то, что диагностикой и лечением патологии слезных органов занимаются более 130 лет, не существует единого суждения в данном вопросе.

Основным способом лечения данной патологии является хирургический.

Неудовлетворенность отдаленными результатами операций в традиционных вариантах требует поиска более обоснованных, анатомически и функционально, методов хирургического вмешательства.

В настоящее время основным методом хирургического лечения вертикального отдела продолжает оставаться дакриоцисториностомия, выполняемая наружным доступом и эндоназально. Оба способа обеспечивают высокий процент положительных исходов 85%-95%, но имеют свои показания и ограничения.

Известно более 70 вариантов оперативного лечения дакриоциститов наружным подходом. Разработанные предложения касаются месторасположения и величины наружного разреза мягких тканей, способа образования, места и величины костного окна, способа формирования дакриостомы, методов дренирования, послеоперационного ведения пациентов. Для наружных способов операции характерен широкий доступ к операционному полю, хороший обзор, удобство манипулирования, возможность пластического оформления соустья слезного мешка с полостью носа с помощью наложения швов на слизистые оболочки слезного мешка и полости носа. Использование микрохирургической техники операции при формировании соустья (микроскопа и специального микроинструментария) позволяет экономно мобилизовать ткани и рационально их использовать, что предупреждает грубое рубцевание соустья и рецидивы заболевания.

Недостатком наружной дакриоцистириности является наличие кожного рубца.

Существует тесная анатомическая и функциональная связь между полостью носа, придаточными пазухами и слезоотводящей системой. Как отмечает ряд авторов ринопатология является одной из наиболее частых причин заболеваний слезоотводящих путей, особенно его вертикального отдела. В связи с этим наиболее целесообразно применение эндоназальной дакриоцистириности у больных, имеющих патологию со стороны носа и околоносовых пазух. Дакриоцистириность выполняется с одновременным устранением риногенных факторов.

Внутриносые операции на слезном мешке также имеют характерные особенности. Так, при эндоназальном способе дакриоцистириности, отверстие соустья имеет совершенную для этих операций форму в виде воронки, расширяющейся в сторону полости носа. Необходимо отметить преимущества эндоназальных операций, такие как хороший косметический результат, возможность в ходе операции выявить и устранить патологию структур полости носа и околоносовых синусов, возможность выполнения одномоментных операций на слезных путях с двух сторон.

В настоящее время эндоназальная дакриоцистириность выполняется с использованием эндоскопической техники. Особенностью этой операции является постоянный визуальный контроль, удаление кости с помощью высокоскоростной фрезы, а стенка слезного мешка, по размеру окна, удаляется шейвером.

При заболеваниях вертикального отдела слезоотводящих путей выздоровление после хирургического лечения достигает 98% случаев, при поражении горизонтального отдела и комбинированной патологии успех не столь значителен и достигается только в 25-30%. Выбор оптимального подхода в лечении стриктур слезоотводящих путей является недостаточно разработанным.

С развитием эндоскопического оборудования стало возможным четко визуализировать уровень и характер стеноза. В настоящее время для устранения стенозов используется хирургический лазер. Метод трансканаликулярной эндоскопической лазерной дакриоцистириности заслуживает внимания в силу малой травматичности. Однако требуется дальнейшее совершенствование техники проведения операций при различных анатомических вариантах строения слезоотводящих путей, отработка более четких показаний для их выполнения.

Для сохранения просвета в слезоотводящих путях, после предварительного их зондирования в канал вводили и фиксировали в нем шелковые, кетгутовые и другие нити, силиконовую, полиуретановую трубки. Полимерные материалы, травмируя эпителиальный слой слезных канальцев,

могут вызвать аллергические реакции, асептическое воспаление, интубационную гранулему и другие осложнения.

По данным литературы, даже при благоприятном исходе операции, нельзя рассчитывать на полноценное восстановление проходимости слезоотводящих путей. Поиски оптимального материала для стентов и разработка способов их фиксации продолжаются. При выборе способа оперативного вмешательства, метода интубации необходимо учитывать локализацию, протяженность поражения слезного канальца и сочетанность патологии.

Наибольшие трудности представляет восстановление слезоотведения при субтотальной и тотальной облитерации слезных канальцев, сочетанных деформациях внутреннего угла глазной щели с рубцовыми посттравматическими деформациями горизонтального отдела слезоотводящих путей. Несмотря на множество способов реконструкции слезоотводящих путей, основанных на воссоздании их анатомической целостности, часто функционального эффекта так и не наступает.

В этих случаях в клинической практике применяются операции: каналикулориностомия, а при ее неэффективности или при зарастании слезоотводящих путей – лакориностомия – создание нового соустья между слезным озером и полостью носа.

В настоящее время, используя эндоскопическую систему, выполняется лакоцисториностомия с применением стандартного лакопротеза. Наблюдения показали, что данная проблема не решена окончательно и требует дальнейших поисков и разработок.

Выводы:

1. Современный подход к лечению заболеваний слезоотводящих путей должен быть строго дифференцированным с учетом основных принципов хирургического восстановления слезоотведения: точная топическая диагностика нарушений проходимости слезоотводящих путей, альтернативный выбор наиболее адекватного способа лечения, максимальное использование сохранившихся участков слезопроводящей системы.

2. Правильный отбор больных с учетом медицинских показаний, выбор патогенетически ориентированного метода хирургического лечения заболеваний слезоотводящих путей позволяют получить высокий анатомический и функциональный результат.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА

Неверов П.С., Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Конкин Д.К., Левина Е.С.

ВВЕДЕНИЕ. Кровотечения из верхних отделов ЖКТ являются сложной проблемой неотложной хирургической гастроэнтерологии. Это связано с ростом числа больных с данной патологией, увеличением частоты неязвенных кровотечений, среди которых лидирующим является синдром Меллори-Вейса (СМВ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить возможность применения шкал Blatchford, Rockall для прогнозирования риска развития рецидива кровотечения при СМВ, а также оценить социальную значимость данной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 176 историй болезни пациентов, получавших лечение в центре гастродуоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ» г. Минска в 2013г. Для оценки риска развития рецидива кровотечения при СМВ использовались шкалы Blatchford и Rockall. Для статистической обработки информации использовался пакет Statistica 6.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Мужчин было 139 (79%), женщин 37 (21%). 86% пациентов были трудоспособного возраста (20-60 лет, в среднем $44 \pm 14,34$ года, $M \pm \delta$). Из них 65 (36,9%) не имели постоянного места работы. В 62% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем, часто пациенты находились в длительном запое (52; 47,7%). У всех пациентов с рецидивом кровотечения установлен алкогольный генез СМВ. По данным исследования в 15,22% случаев была обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), недостаточность кардии с эзофагитом (без ГПОД) выявлена в 14,5% случаев. Сочетание СМВ с язвенной болезнью желудка или ДПК наблюдались у 20% больных, с геморрагическим гастритом – у 8%, с гепатитом – у 22%, у 12% – с панкреатитом, у 10% – с ЖКБ. Таким образом, у большинства пациентов (29,7%) имелись признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Всем пациентам с признаками желудочно-кишечного кровотечения выполнялась неотложная лечебная эзофагогастродуоденоскопия, во время которой выявлялся источник кровотечения, уровень местного гемостаза по Forrest, при продолжающемся или нестабильно остановившемся кровотечении проводился эндоскопический гемостаз. Пациенты с СМВ были разделены на 2 группы. В первую вошли пациенты без рецидива, во вторую – с рецидивом кровотечения. В первой группе преобладали пациенты с легкой (62%) и средней (27%) степенью кровопотери, в то время как у пациентов второй группы тяжелая степень кровопотери отмечена у 47%. У 43 пациентов первой группы (34%) имело место продолжающееся кровотечение (F-IA – 10,85%), у 27% пациентов имелся спонтанный нестабильный гемостаз (F-IIA и F-IIВ). Пациенты второй группы чаще поступали в больницу с активным

продолжающимся кровотечением (85,71%), наличием почечной (14,29%) и печеночной (42,86%) дисфункции, что потребовало проведения интенсивной терапии и восполнения объема циркулирующих эритроцитов и факторов свертывания крови в 57% случаев (в первой группе – в 34% случаев). Инъекционный гемостаз 0,5% этоксисклеролом (или 70% р-ром спирта + 0,18% р-ром адреналина) был проведён у 116 (66%) пациентов. Выполнено 4 процедуры эндоскопического клипирования.

По шкале Blatchford в первой группе сумма баллов составила $6,1 \pm 0,37$ ($M \pm m$), во второй $5,9 \pm 1,75$, при этом различия между группами оказались статистически недостоверны (U критерий Манна-Уитни =432,0; $p=0,81$). По шкале Rockall различия между первой и второй группами были статистически достоверны: $3,4 \pm 0,21$ и $5,0 \pm 0,58$ соответственно, $U=246,5$; $p=0,038$.

Общие затраты на лечение пациентов с СМВ составили 711.020.597 рублей, при этом на лечение трудоспособных неработающих потрачено 249.528.429 рублей (из них 70.309.911 рублей расходовано на лечение в ОИТАР по поводу развившихся психотических расстройств).

ВЫВОДЫ: 1) Основным этиологическим фактором в развитии СМВ являлось злоупотребление алкоголем на фоне имеющейся ГЭРБ.

2) На вероятность развития рецидива кровотечения оказывали влияние тяжесть кровопотери, наличие почечной и печёночной дисфункций, уровень местного гемостаза по Forrest, наличие и длительность алкогольного анамнеза.

3) Прогностическая шкала Rockall позволяет более точно оценить риск развития рецидива кровотечения при СМВ, в то время как шкала Blatchford демонстрирует недостаточную информативность при данной патологии.

4) СМВ является серьёзной социальной проблемой, так как в 62% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем, 36,9% трудоспособных пациентов с данной патологией были безработными, при этом затраты на их лечение составили 249 528 429 рублей.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Попков О.В., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острый парапроктит является одной из актуальных проблем проктологии. Острый парапроктит - одно из самых распространенных проктологических заболеваний и составляет 20-40% всех

болезней прямой кишки. Несмотря на достигнутые успехи в лечении данной патологии, результаты лечения не всегда оказываются удовлетворительными. Высокая частота осложнений и рецидивов заболевания, длительные сроки лечения и нетрудоспособности свидетельствуют о сложности и нерешенности многих вопросов этой патологии.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с острым парапроктитом в колопроктологическом отделении УЗ «3 ГKB им. Е.В. Клумова».

Материалы и методы исследования. В колопроктологическом отделении УЗ «3 ГKB им. Е.В. Клумова» за 2010- 2014гг. находилось на лечении 1398 пациентов с острым парапроктитом:

2010г. –486
2011г. – 450
2012г. – 462
2013– 119
2014– 55

Проведен ретроспективный анализ лечения 550 пациентов.

Мужчин – 385 (70%)

Женщин – 165(30%)

Возраст :

20-40 лет – 225 (41%)

40-60 лет –270(49%)

60 и более –55 (10%)

Локализация гнойника в параректальной клетчатке:

Острый подкожный парапроктит-275(50%)

Острый подслизистый парапроктит- 11(2%)

Острый ишиоректальный парапроктит- 209(38%)

Острый пельвиоректальный парапроктит- 39(7%)

Острый ретроректальный парапроктит- 5(1%)

Анаэробный парапроктит-11 (2%)

Сахарный диабет наблюдали у 41 пациента.

Диагностика острого парапроктита основывалась на данных анамнеза, клинической картины, результатов объективного обследования пациентов. В предоперационном периоде проводился осмотр, пальпация перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, лабораторное, рентгенологическое, УЗИ, бактериологическое обследование пациентов.

Лечение больных с острым парапроктитом представляет сложную и трудную задачу, которое предусматривает радикальную санацию гнойного очага, ликвидацию отдаленных последствий патологического процесса, профилактику рецидивов заболевания.

Результаты исследования: Выбор оптимального объема и метода оперативного вмешательства при остром парапроктите является решающим в плане профилактики рецидивов и осложнений и обеспечении благоприятного результата в отдаленном периоде.

Оперативные вмешательства проводились под сакральной или спинномозговой анестезией.

При **подкожных и подслизистых** формах парапроктитов выполнялось вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки по Габриэлю-285(52%)

При ишиоректальных и пельвиоректальных формах парапроктитов применялась двухэтапная хирургическая тактика. В острой стадии заболевания выполнялось вскрытие, санация и дренирование гнояника. Некрэктомия с широким вскрытием гнойных затеков применялась у больных с анаэробными формами парапроктитов, которые отличались обширным гнойно-некротическим поражением параректальной клетчатки и тяжелым клиническим течением. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия. Антибиотики применялись с учетом чувствительности микрофлоры. При формировании параректальных свищей производилась радикальная операция - иссечение гнойного хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища. После вскрытия гнояника параректальной клетчатки без ликвидации внутреннего отверстия парапроктита рецидив заболевания или свищи прямой кишки имели место в 70-100% случаев.

При выборе оперативного вмешательства учитывалось:

отношение свищевого хода и внутреннего отверстия к сфинктеру;

наличие рубцового процесса по ходу свища;

наличие инфильтратов и гнойных затеков в параректальной клетчатке.

Выполнено операций по поводу свищей прямой кишки 237, интрасфинктерных свищей – 71(30%), трансфинктерных – 120(51%), экстрасфинктерных – 46(19%). При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было.

При трансфинктерных свищах применялось иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 2 (1,6%), рецидивы - у 7 (5,8%), недостаточность анального жома – у 3(2,5%).

При экстрасфинктерных свищах выполняли иссечение свища и лигатурный метод, иссечение свища с перемещением слизистого лоскута. Имело место нагноение раны у 2 (4%), рецидивы – 3 (6,5%), недостаточность анального жома - 1 (2,2%).

Средняя длительность стационарного лечения составила – 8 дней.

Нетрудоспособность – 23 дня.

Выводы.

Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с острым парапроктитом позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории, сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

Литература

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии . Куйбышев , 1973, т.3 -С. 90-367
2. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит, М., Медицина, 1987-С.120
3. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Савинков А.И. и др. Хирургические аспекты лечения хронического парапроктита Колопроктология № 4 ,2004г. -С.3-7.
4. Кузьминов А.М., Бородкин А.С., Волков М.В., и др. Результаты хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки путем низведения полнослойного сегмента стенки прямой кишки в анальный канал Колопроктология № 4 ,2004г. -С. 8-13
5. Федоров В.Д. , Дульцев Ю.В. Проктология , -М, 1984-С.66-107.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Попков О.В., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной кишки, рост травматизма ведет к увеличению количества стомированных пациентов. Несмотря на совершенствование хирургической техники, применение сшивающих аппаратов, часто приходится завершать операцию наложением колостомы. Наблюдаются различные осложнения в области стомы:

- параколостомическая грыжа;
- инвагинация кишки;
- стриктуры стомы;
- мацерация кожи.

Проблема реабилитации этой группы пациентов, совершенствование методов и способов восстановления естественного пассажа по толстой кишке является актуальной проблемой.

На учете в стомийном кабинете Минского городского колопроктологического центра количество стомированных пациентов в

2010г.-980, в 2011-1020, 2012-1040 ,2013-1050 , 2014-1070. Из них лица трудоспособного возраста составляют-21%.

Все это ведет к увеличению потребности в хирургической реабилитации стомированных пациентов.

Цель: оценить результаты хирургического лечения стомированных пациентов после обструктивной резекции толстой кишки.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 85 историй болезни пациентов, которым было произведено восстановление кишечной проходимости после обструктивной резекции толстой кишки за период с 2010 по 2014 годы в учреждении здравоохранения «3-я городская клиническая больница имени Е.В.Клумова».

Возраст пациентов от 49 до 80 лет. Мужчин- 50, женщин- 35.

Результаты исследования: Первичные операции по поводу рака ободочной и прямой кишок, осложненного кишечной непроходимостью выполнены у 30 (35%) больных.

Операции по поводу травм и неопухолевых заболеваний ободочной и прямой кишок выполнены у 55 (65%) больных.

Восстановление непрерывности толстой кишки выполняли через 2-12 месяцев.

Сроки выполнения восстановительных операций определялись с учетом:

- характера основного заболевания;
- общего состояния больного;
- наличия параколомических осложнений и воспалительных процессов в брюшной полости;
- алгоритма возможности выполнения реконструктивно-восстановительной операции.

Основное внимание при подготовке к операции уделялось подготовке культи прямой кишки, выяснения ее положения в малом тазу путем проведения рентгенологического обследования, а также подготовки проксимальных отделов толстой кишки путем механической очистки (очистительные клизмы или препарат Фортранс). Проводилась подготовка кожи вокруг стомы, коррекция сопутствующей патологии.

Способ формирования анастомоза определялся длиной культи прямой кишки и ее анатомическим положением.

Короткая культя (до 10 см) была у 15 больных, культя средней длины (от 11 до 16 см) – у 45 больных, длинная культя (больше 16 см) – у 25 больных.

У половины больных культя располагалась забрюшинно.

При средней и длинной культе анастомоз располагался внутрибрюшинно, при короткой культе – внебрюшинно.

Внутрибрюшинные анастомозы при длинной культе формировались «конец в конец» ручным способом.

Анастомозы «конец в конец», «конец в бок» формировали с помощью циркулярных шивающих аппаратов, у 15 больных. Послеоперационные осложнения развились у 10 (12%) больных.

Это были:

- микронесостоятельность анастомоза – 3;
- релапаротомия – 2;
- нагноение послеоперационных ран – 5.

Послеоперационная летальность составила 0 %.

Средняя длительность лечения в стационаре составила 15 дней.

Выводы: Таким образом:

1. Реконструктивно-восстановительные операции, относящиеся к наиболее сложным вмешательствам в колопроктологии должны выполняться с учетом следующих факторов:

- основного заболевания;
- сопутствующей патологии;
- осложнений;
- должны выполняться в специализированных колопроктологических отделениях

2. Выбор метода закрытия стомы зависит от ее типа, локализации и характера заболевания.

3. Реконструктивно-восстановительные операции являются важной составной частью в реабилитации стомированных пациентов.

Литература

1. Клиническая оперативная колопроктология. Под. Ред. В.Д.Федорова , 1994.-С.432
2. Колоректальный рак. Под ред. А.В. Воробья. Минск 2005г.-С.159
- 3.Рак ободочной и прямой кишки. Под ред. В.И.Кныша. Москва 1997г.- С. 291-391
- 4.Энтеро-и колостомия. А.В. Воробей и др. Минск «2005г.-С.79

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТСТЕРНОТОМИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДИНЫ

*Протасевич А.И.¹, Татур А.А.¹, Пландовский А.В.¹, Попов М.Н.², Кардис
В.И.², Росс А.И.², Куптель М.А.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Срединная стернотомия является наиболее распространенным хирургическим доступом при выполнении кардиохирургических вмешательств, количество которых постоянно увеличивается. Постстернотомические гнойно-септические осложнения составляют 0,5-5%, а летальность при развитии стерномедиастинита достигает 10-47% [1, с.201]. Стоимость лечения пациентов с постстернотомическим остеомиелитом грудины (ПСТОГ) превышает таковую при неосложненном течении послеоперационного периода у кардиохирургических пациентов в 2,8 раза [2, с.839]. Поэтому проблема профилактики развития, ранней диагностики и оптимизации хирургического лечения гнойных постстернотомических осложнений несомненно является актуальной.

Целью исследования явился анализ результатов диагностики и комплексного лечения 143 пациентов с ПСТОГ.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 1998-2014 гг. находилось на лечении 143 пациента с ПСТОГ.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов варьировал широко: от 19 до 76 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 5:1. Кардиохирургические вмешательства из срединного стернотомического доступа проведены у 97% пациентов: реваскуляризирующие вмешательства (аортокоронарное и/или мамарокоронарное шунтирование) - у 67%, операции на клапанном аппарате - у 12%, различные комбинированные вмешательства - у 18%. У 3% пациентов ПСТОГ развился после продольно-поперечной стернотомии, которая используется в РЦТХ при выполнении вмешательств по поводу опухолей средостения и рубцового стеноза трахеи. Подавляющее большинство пациентов имели такие факторы риска развития стернальной инфекции, как сахарный диабет (93%), ожирение (40,5%), иммунодепрессия (21%).

Для диагностики ПСТОГ использовали обзорную рентгенографию органов грудной клетки (ОГК), остеосцинтиграфию, фистулографию (при наличии свищей), ультразвуковое исследование. В настоящее время основным и наиболее информативным методом является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) ОГК, которая позволяет оценить локализацию и степень деструкции грудино-реберного каркаса, состояние легких, плевры и средостения, определить план предоперационной подготовки, выбрать рациональную методику оперативного вмешательства и сроки его проведения.

Важное значение в диагностике и при определении тактики имеет микробиологическое исследование. Основными патогенами, выявленными при динамическом микробиологическом исследовании были

грамположительные микробы (60-70%). У 25% пациентов имелась смешанная флора. Стоит отметить у пациентов с ПСТОГ высокий уровень антибиотикорезистентности (45%) высеваемой флоры, и частое с учетом их длительности лечения и перевода из других стационаров обнаружение мультирезистентных госпитальных штаммов (30%).

Всем пациентам было проведено комплексное этапное лечение, направленное на компенсацию сердечно-сосудистой недостаточности, сахарного диабета и других сопутствующих заболеваний, а также местное лечение стерномедиастенита, санацию свищей. Этапность лечения данной патологии была обусловлена тяжестью общего состояния пациентов, сопутствующими хроническими заболеваниями и необходимостью дренирования средостения.

При лечении стерномедиастинальных гнойных ран использовали «открытый» способ с формированием стерномедиастиностомы, проточно-аспирационное дренирование раны, а с 2012 г. - методику отрицательного давления.

Антибактериальную терапию проводили с участием клинического фармаколога по принципу деэскалации с обязательной ее коррекцией после получения результатов микробиологического исследования. В среднем в ходе лечения пациентам были назначены 2,9 антимикробных препарата.

Одномоментное оперативное лечение было направлено: 1) на радикальное удаление морфологического субстрата ПСТОГ; 2) миопластику дефекта грудной стенки; 3) восстановление каркасности грудной клетки. Наиболее часто проводили субтотальную резекцию грудины с передними отрезками 2-7 ребер. Образовавшийся дефект грудной клетки лишь у 3% пациентов удалось укрыть ипсилатеральным лоскутом большой грудной мышцы, у 8 пациентов торакомиопластика была дополнена перемещением васкуляризованного лоскута большого сальника. В 96% была выполнена бипекторальная торакомиопластика с использованием краиниальных концов прямых мышц живота по разработанной в клинике методике. К зоне торакомиопластики подвели 3 дренажа для вакуум-аспирации, выполняли обязательную компрессию перемещенных кожных и мышечных лоскутов пелотом и бандажной повязкой.

У пациентов со свищевой формой ПСТОГ объем оперативного вмешательства определялся характером поражения и включал в себя снятие серкляжных швов, кюретаж грудины, парциальную резекцию грудины и хрящей пораженных ребер, с последующей торакомиопластикой.

В послеоперационном периоде продолжали этиотропную антимикробную терапию, назначали иммуномодуляторы, антиоксиданты и антиагреганты. Общая летальность составила 17%. Основными причинами летальных исходов были сепсис, полиорганная недостаточность, тромбэмболия легочной артерии.

У 45% пациентов перенесших субтотальную резекцию грудины развились местные послеоперационные осложнения (нагноение, серомы, гематомы, краевой некроз кожи на стыке лоскутов). Послеоперационная летальность составила 8%.

Выводы

1) МСКТ является методом выбора в диагностике ПСТОГ, который позволяет оценить характер и масштабы стерно-медиастинального гнойного поражения и выработать тактику последующего лечения.

2) Лечение ПСТОГ должно быть комплексным и включать в себя интенсивную предоперационную подготовку, радикальное реконструктивное вмешательство и адекватное ведение послеоперационного периода.

3) Оптимальным радикальным вмешательством при ПСТОГ является резекция деструктивно-измененных грудины и ребер споследующей бипекторальной торакомиомиопластикой в условиях специализированного стационара является оптимальным радикальным вмешательством при ПСТОГ.

Литература

1. Use of steel bands in sternotomy closure: implications in high-risk cardiac surgical population // F. Sergio [et al] / Interact. Cardio.Vasc. Thorac. Surg.-2009.- Vol.8.- P.200-205.

2. Losanoff, J.F. Disruption and infection of median sternotomy: comprehensive review // J.F. Losanoff, B.W. Richman, J.W. Jones / Eur.J.Cardiothorac.Surg.-2002.-Vol.21.-P.831-839.

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРИХИАЗА ВЕК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОНОРСКОЙ АМНИОТИЧЕСКОЙ ОБОЛОЧКИ

Сивашко А.С., Семак Г.Р., Чернушевич О.М., Кардаш О.Н.

*Белорусская Медицинская Академия последипломного образования
УЗ «10-я ГКБ» г. Минск*

Трихиаз — это неправильный рост ресниц в сторону глазного яблока с травмированием роговицы и конъюнктивы, последующими органическими изменениями в них, болями, снижением зрения [1]. Трихиаз - обычно приобретенное состояние, которое может возникнуть самостоятельно, либо вторично в результате рубцовых изменений края века при хроническом блефарите, herpeszosterophthalmicus, трахоме.

В лечении трихиаза используются различные методы: эпиляция, электролизис, диатермокоагуляция, криотерапия, аргонлазерная эпиляция неправильно растущих

ресниц [2]. Однако данные методы требуют частых повторений, в исходе могут развиваться рубцовые деформации век со стойкой алопецией. Эти состояния являются заметным косметическим дефектом, поэтому вышеуказанные методы не всегда могут выполняться у пациентов молодого трудоспособного возраста [2].

В данной статье мы представляем хирургический способ лечения трихиаза с использованием донорской амниотической оболочки у молодого пациента с большой зоной неправильно растущих ресниц (более 20) на каждом веке обоих глаз. За основу хирургического лечения был принят способ ВанМиллингена – Сапезко [3].

Описание операции на нижних веках.

После обычной обработки операционного поля и местной анестезии 2% раствором лидокаина под нижнее веко вставлена пластина Егера. Начиная от наружной спайки, произведен разрез интермаргинального пространства на глубину, соответствующую глубине залегания волосяных луковиц (2-4мм). Разрез продлен до нижней слезной точки. Края век были расщеплены на наружную пластинку, содержащую кожу и ресницы, и внутреннюю пластинку – конъюнктиву и хрящ. Обнаженные волосяные луковицы на внутренней пластинке были иссечены. Выполнен тщательный гемостаз. Выкроен двойной лоскут донорской амниотической оболочки на 2-3 мм больше выполненного разреза и уложен в подготовленное ложе. Лоскут фиксирован узловыми швами 10:0 к наружной и внутренней пластинам век. Для улучшения ротации ресниц в средней части нижнего века была подшита губчатая «пуговка».

Послеоперационный период протекал без осложнений, отека и гематом век не отмечалось. В послеоперационном периоде назначались капли тобрадекс 3 раза в день в течение 7 дней. Снятие швов произведено через 2 недели.

Период наблюдения после операции составил 1, 2, 4 и 6 недель. Через неделю и 2 недели после операции неправильного роста ресниц в зоне операции на нижних веках обоих глаз не отмечалось, все ресницы были хорошо ротированы от глазного яблока. Через 4 недели на нижнем веке правого глаза появились 4 неправильно растущие ресницы, однако касания ресниц с роговицей и конъюнктивой не наблюдалось. На нижнем веке левого глаза все ресницы были в правильном положении. Через 6 недель данные результаты сохранились. (Рис. 1, 2).

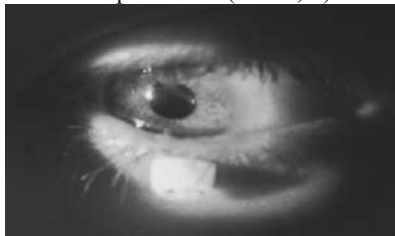


Рис.1. Состояние после операции на нижнем веке правого глаза через 1 нед.

Рис2. Состояние после операции на нижнем веке правого глаза через 4 нед.

Выводы

1. Использование донорской амниотической оболочки при хирургии трихиаза является эффективным способом реабилитации пациентов с неправильным ростом ресниц.

2. Восстановительное хирургическое вмешательство при трихиазе с использованием пластики реберного края века можно рекомендовать при обширных зонах неправильно растущих ресниц.

3. Предложенный метод хирургического лечения трихиаза является методом выбора в молодом возрасте и не приводит к косметическим дефектам реберных краев век.

Литература

1. Джек Дж. Кански. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. – М.: Логосфера, 2006. - с. 2-5.

2. А.М. Уваров. Аутопластическое устранение трихиаза микрохирургической ротацией реснично-тканевого комплекса./ Автореферат диссертации. – Самара, 2010. - 38 с.

3. А.А. Колен. Операции при рубцовом завороте и трихиазе./ Руководство по глазным болезням, том 4. / Ответственный редактор В.Н. Архангельский. – Медгиз, 1959. - с.141 -160

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ГЛАУКОМ

Сиденко Н.Н., Малиновский Г.Ф.

Глаукома до настоящего времени остается одной из основных причин слепоты и устойчиво занимает третье место среди причин первичной инвалидности при заболеваниях органа зрения.

Причиной недостаточной эффективности антиглаукомных операций является избыточное рубцевание в зоне вмешательства, которое по данным разных авторов составляет от 16 до 48% случаев. Избыточное рубцевание обусловлено рядом факторов риска, основными из которых являются: далеко зашедшая стадия первичной открытоугольной глаукомы, ранее безуспешно оперированная первичная глаукома, афакичная (артифакичная) глаукома, глаукома у лиц моложе 50 лет, большинство вторичных глауком (постувеальная, неоваскулярная, псевдоэксфолиативная глаукома) и другие. Такие клинические формы глаукомы получили название «рефрактерная глаукома». Мы придерживаемся к данным разновидностям глауком термина

«резистентная глаукома» как наиболее правильно отражающего сущность процесса.

Лечение пациентов с резистентными формами глауком представляет собой особо трудную и сложную задачу, поэтому поиск новых патогенетически ориентированных методов лечения является обоснованным. В последние годы наметилась тенденция к использованию дренажей из различных материалов. Причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения резистентных глауком с использованием эксплантодренажей является их чужеродность для организма. В раннем послеоперационном периоде эксплантодренажи вызывают гипотонию, которая в последующем сменяется стойкой гипертензией из-за интенсивного рубцевания и инкапсулирования дренажа как инородное тело, что требует повторных комбинированных методов лечения.

Целью исследования является повышение эффективности хирургического лечения пациентов с резистентными к хирургии формами глаукомы.

Материал и методы исследования Объектом исследования явились 61 пациент (61 глаз) с резистентными к хирургии формами глауком с наличием факторов риска избыточного рубцевания.

Распределение пациентов по гендерному признаку: мужчин – 34, (55,7%), женщин – 27 (44,3%).

По стадиям глаукомы: пациентов с первой стадией в данной выборке не оказалось, со второй стадией глаукомы было 8 (13,1%) пациентов, с третьей стадией – 26 (42,6%), и с четвертой -27 (44,3%).

По уровню ВГД: у 5 (8,2%) пациентов уровень ВГД составил от 23 до 26 мм.рт.ст., у 31 (50,8%) пациента уровень ВГД наблюдался от 26 до 32 мм.рт.ст. и у 25 (41%) пациентов – свыше 33 мм. рт. ст.

У большинства пациентов анализируемой группы определялась достаточно низкая острота зрения, так 9 пациентов с резистентными глаукомами (13,1%) были абсолютно слепыми; 10 (16,4%) пациентов имели остаточные зрительные функции (до неуверенной светопроекции); у 19 (31,1%) пациентов острота зрения составляла от 0,01 до 0,09 и у 24 (39,4%) пациентов – от 0,1 до 0,8.

Все пациенты оперированы по разработанной нами методике операции (ПАТЕНТ № 13653, 21.07.2010, Республика Беларусь).

Состояние и динамика зрительных функций у пациентов с резистентными глаукомами, оперированные по разработанной методике операции, отражены в таблице

Параметры	Mean	Mediana	Min	Max	P25	P75
Возраст, лет	66,5	70,	19	86	62	74

Койко/день	7,7	7	3	14	7	9
Острота зрения до операции	0,12	0,02	0	0,8	0,001	0,1
Острота зрения после	0,13	0,08	0	0,9	0,001	0,2
ПЗ (в град.по 8 меридианам) до	177,2	175	0	500	20	260
ПЗ (в град.по 8 меридианам) после.	178,8	175	0	500	25	265
Ро (мм.рт.ст.) до операции	30,2	28,6	13,6	54,7	23,5	34,5
Ро (мм.рт.ст.) после	15,8	15,8	7,6	23	13,7	18,5
С (мм ³ /мин/мм.рт.ст.) до операции	0,05	0,05	0,02	0,21	0,04	0,07
С (мм ³ /мин/мм.рт.ст.) после	0,25	0,23	0,023	0,54	0,2	0,29
КБ (Р°/С) до операции	734,5	542	157	2010	400	868
КБ (Р°/С) после	70,03	73	28	216	54	82

Из осложнений в послеоперационном периоде наблюдалась гифема в 11 случаях (18%), из них 4 пациентам понадобилось промывание передней камеры, а в одном из них промывание передней камеры производили дважды. Во всех остальных глазах гифема рассосалась самостоятельно в течение 1-3 дней.

В сроки наблюдения свыше 1 года у всех оперированных пациентов получен положительный результат. Компенсация офталмотонуса отмечена у 91,8% оперированных, у 19 из них с приемом местных гипотензивных средств. В группе пациентов с высоким риском рубцевания у пяти пациентов с неоваскулярной глаукомой и сахарным диабетом наблюдалась субкомпенсация ВГД без болевого синдрома. Трем пациентам выполнена дополнительная транссклеральная лазерная циклодеструкция.

Выводы:

1. Предложенная операция, глубокая меридиональная склеросинусо-трабекулэктомия с аутосклеродренированием, является эффективным методом лечения пациентов с резистентными к хирургии формами глауком.
2. Правильный выбор метода операции, позволяет при тяжелых неоваскулярных формах глауком устранить болевой синдром и сохранить глаз как орган.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ ДИАФРАГМЫ

Скачко В.А.², Татур А.А.¹, Протасевич А.И.¹, Пландовский А.В.¹

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Травматические диафрагмальные грыжи (ТДГ) и грыжи «слабых мест» диафрагмы (ГСМД) являются редкой патологией, не имеют специфической симптоматики, достаточно часто (до 40-50%) могут осложняться ущемлением перемещенных в грудную полость органов с развитием их некроза и жизненно опасных гнойно-воспалительных плевро-медиастинальных и абдоминальных осложнений. Основное значение в диагностике нехиатальных грыж диафрагмы (НГД) сегодня принадлежит квалифицированной оценке данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), которая позволяет определить параметры грыжевых ворот и характер перемещенных абдоминальных органов. Лечение НГД должно быть хирургическим. Достаточно дискуссионными являются вопросы выбора рационального хирургического доступа и способа френопластики при НГД. Если в хирургии хиатальных грыж видеолапароскопия (ВЛС) сегодня стала методом выбора и имеет явные преимущества перед открытыми вмешательствами, то при НГД место видеоторакоскопических (ВТС) и ВЛС-х технологий пока окончательно не определено [1, с. 70; 2, с.459].

Цель: оценить результаты диагностики и хирургического лечения 20 пациентов с НГД.

Материал и методы. За последние 20 лет в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилось на лечении 252 пациента с диафрагмальными грыжами, из которых 232 больных были оперированы по поводу грыжи пищевого отверстия диафрагмы (92,1%), а у 20 пациентов были диагностированы ТДГ и ГСМД (7,9%).

Результаты и обсуждение. Верификация грыжи, выбор адекватного операционного доступа, объёма и сроков оперативного вмешательства проводили на основании оценки результатов рентгенографии ОГК, рентгенконтрастного исследования желудка и кишечника (100%), ирригографии (35%), МСКТ (30%), ФЭГДС (50%), видеоторако- и видеолапароскопии (10%). ТДГ были у 10 пациентов: слева у 8, справа – у 2. ГСМД выявлены у 10 пациентов, из которых левосторонняя грыжа Марганьи (ГМ) была диагностирована у всех 6 больных, а грыжа Бохдалека (ГБ) у 4: слева - у 3, справа – у 1. Возраст пациентов варьировал от 25 до 88 лет. Среди пациентов с ТДГ и ГБ преобладали мужчины, соответственно, 100% и 75%, среди ГБ – женщины (83,3%).

Клиническая картина ТГД и ГСМД включала кардиореспираторную и гастроинтестинальную симптоматику, выраженность которой зависела от локализации и размеров грыжевых ворот, органов и тканей живота и брюшинного пространства, перемещенных в грудную полость.

Хирургическое лечение проведено 19 из 20 пациентам (95%). Один пациент с правосторонней травматической «печеночной» грыжей от операции отказался. В срочном порядке нами были оперированы 4 больных (21,1%) в связи с ущемлением ТДГ – у 2, ГМ-у 1, ГБ – у 1. Плановые вмешательства выполнены 15 больным (77,9%).

У пациентов с ТГД закрытые разрывы диафрагмы были у 7, торакоабдоминальные ранения – у 3. В плановом порядке были оперированы 7 пациентов: из бокового торакотомного доступа 5, из лапаротомного – 2, в срочном при ущемленной ТДГ 2: из лапаротомного доступа – 1, из торако-лапаротомного – 1. Все ТГД были «ложными», т.е. не имели грыжевого мешка и не были неприводимыми за счет спасочного процесса между перемещенными абдоминальными органами, легкими, перикардом и медиастинальной плеврой. Пациент К., 22 лет был переведен в РЦТХ из одной из районных больниц с плевральным дренажом на 8-е сутки после автоаварии с диагнозом: ушиб грудной клетки, правосторонний свернувшийся гемоторакс. При ВТС был выявлен звездчатый разрыв правого купола диафрагмы спереди от коронарной связки с перемещением в плевральную полость трех сегментов печени и желчного пузыря, малый свернувшийся гемоторакс. После конверсии на торакотомию в VII-м межреберье и удаления сгустков крови печень была перемещена в брюшную полость, а дефект диафрагмы ушит 8-образными швами.

У пациента К., 27 лет при ущемленной ТДГ с некрозом поперечно-ободочной кишки одной из ЦРБ выполнена ее резекция с формированием концевой колостомы и ушивание дефекта диафрагмы. В послеоперационном периоде при релапаротомии в связи с перитонитом, обусловленным некрозом и перфорацией дна желудка, выполнено ушивание дефекта с развитием в последующем несостоятельности швов желудка и диафрагмы, желудочно-

плеврального свища и эмпиемы плевры. После перевода в РЦТХ выполнено разобщение желудочно-плевральной фистулы, санация и дренирование полости эмпиемы, ушивание дефекта диафрагмы. Развившийся язвенно-некротический эзофагит, вероятно связанный с ущемлением абдоминального отдела пищевода, с рецидивирующим кровотечением потребовал проведения эндоскопического и хирургического гемостаза. Больной выписан на амбулаторное лечение на 99 сутки после перевода в РЦТХ.

У второго пациента С., 39 лет с субтотальным некрозом желудка в ночное время выполнена проксимальная резекция желудка с развитием на 7 сутки после операции несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза перитонита. При релапаротомии соустье было разобщено, сформирована гастростома и шейная эзофагостома, а при реторакотомии по поводу гнилостной эмпиемы – декортикация легкого, дренирование плевральной полости. Пациент умер на 18 сутки от сепсиса с синдромом полиорганной недостаточности.

При ТГД в левую плевральную полость были перемещены желудок (55,6%), поперечно-ободочная кишка (55,6%), большой сальник – (44,4%), тонкая кишка (11,1), в правую – печень.

У всех пациентов с правосторонней ГМ имелся грыжевой мешок и грыжевые ворота локализовались в костостернальном треугольнике диафрагмы с выходением в переднее средостение поперечно-ободочной кишки с большим сальником. 5 пациентов оперированы из лапаротомного доступа, причем одна пациентка Б., 88 лет – в срочном порядке в связи с ущемлением и развитием толстокишечной непроходимости. 1 пациентка оперирована из видеоассистированного минилапаротомного доступа.

3 пациента с ГБ были оперированы из бокового торакотомного доступа на стороне грыжи в плановом порядке, одна в связи с развитием ущемления желудка – в срочном. Срочные операции в связи с ущемлением ГБ выполняются у 13-56% пациентов [3, с. 25]. У 2 пациентов после мобилизации грыжевых ворот и иссечения грыжевого мешка удалены забрюшинные липомы, у 3-й выполнено перемещение в брюшную полость желудка, петель тонкой и поперечно-ободочной кишок, у 4-й -перитонизация серозно-мышечными швами зоны странгуляционной борозды дна желудка и ушивание дефекта диафрагмы. Рецидивов грыж не было. Послеоперационная летальность составила 5,3%, а при ущемлении – 25%.

Выводы

1) ТГД, ГМ и ГБ являются редкой патологией и встречаются у 7,9% пациентов с грыжами диафрагмы.

2) Диагностическая программа у пациентов с ТГД и ГСМД должна включать контрастные лучевые методы визуализации МСКТ.

3) При ТГД оптимальным доступом является боковая торакотомия, а при ГМ и ГБ возможно применение видеоэндохирurgical технологий.

4) Профилактикой ущемления ТГД и ГСМД, которое развилось у 21,1% пациентов, должно быть своевременное хирургическое лечение с выбором адекватного операционного доступа и надежного метода пластики грыжевых ворот.

Литература

1. Выбор оперативного доступа в хирургии диафрагмы // Е.А. Корымасов [и др.] / Груд.серд.-сосуд. хирургия . – 2010. - №5. – С. 69-71.
2. Eren, S. Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with review of the literature //S. Eren , F. Ciris / Eur. J. Radiol. – 2005. - Vol. 54. - P. 448–459.
3. Bochdalek hernia in the adult: demographics, presentation and surgical management // S. R. Brown [et al]/ Hernia. - 2011. – Vol.15. – P. 23–30

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ АОРТОДИГЕСТИВНЫМИ ФИСТУЛАМИ

Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Козик Ю.П., Седун В. В., Конкин Д. К., Неверов П.С.

*Городской центр гастроудоденальных кровотечений УЗ «10-я ГКБ».
Кафедра неотложной хирургии БелМАПО*

Аортоэюнальные фистулы достаточно редкое, но очень серьезное осложнение целого ряда заболеваний. Ургентность ситуации, связанная с массивной кровопотерей, определяет особую сложность проблемы.

Цель работы: продемонстрировать варианты аортодигестивных фистул, улучшить результаты хирургического лечения этой крайне тяжелой группы больных.

Материал и методы. Минский центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями располагает опытом хирургического лечения 7 пациентов с аррозивными аортодигестивными фистулами в возрасте от 42 до 88 лет, из них мужчин – 5, женщин – 2.

Прямые оперативные вмешательства на брюшном отделе аорты (аортобифеморальное протезирование) имели в анамнезе 4 пациента, у одного из них через год после аортобифеморального протезирования было произведено ушивание дефекта проксимального анастомоза протеза с аортой при аортодигестивной фистуле. Одной пациентке ранее была произведена гастрэктомия с формированием аппаратного эзофагоэнтероанастомоза по поводу аденокарциномы желудка.

Все госпитализированы с клиникой желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). Кровопотеря тяжелой степени с выраженной постгеморрагической анемией отмечена у 6 больных (4 поступили в состоянии геморрагического шока), кровопотеря средней степени тяжести имела место у 1 пациента.

Совокупность анамнестических данных, УЗИ признаки поражения абдоминального отдела аорты, скопление газа в перипротезном пространстве при СКТ с болюсным усилением, эндоскопическая картина кровотечения из постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки при отсутствии достоверной визуализации источника кровотечения (4 случая) позволили выставить предварительный диагноз аортодигестивной фистулы. По неотложным показаниям после кратковременной подготовки, направленной на стабилизацию гемодинамики и восполнение кровопотери в связи с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением, оперированы 4 пациента, в 2 случаях – рецидив гастроинтестинальной геморрагии после самопроизвольного тромбирования соустья наступил в 1 сутки от поступления в стационар, и у одной пациентки «светлый промежуток» отмечен в течение недели.

В 4 случаях первичная аортодигестивная фистула являлась осложнением аневризмы аорты (1), язвенной болезни (1) и рецидива опухоли желудка в зону эзофагоэнтероанастомоза (1).

Пациентам произведены: ликвидация аортодигестивного свища с последовательным ушиванием аорты и стенки двенадцатиперстной кишки (1); ушивание дефекта аорты, иссечение язвы кардиального отдела желудка гастропластика (1); шов аорты, резекция абдоминального отдела пищевода с эзофагоэнтероанастомозом, формирование «пищевого» тонкокишечного резервуара (1); разобщение аортоеюнального свища, удаление аортального протеза, аксиллярнобедренное шунтирование (1).

Вторичная аортодигестивная фистула между линией швов проксимального анастомоза аорты с протезом и стенкой нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки диагностирована в 4 случаях.

Интраоперационно у всех больных – массивный спаечный процесс, обусловленный предыдущим оперативным вмешательством, с выраженным перипроцессом в области дуоденоеюнального перехода. При ревизии забрюшинного пространства выявлена несостоятельность верхней полуокружности проксимального анастомоза протеза с аортой, с формированием аортодигестивной фистулы размерами от 0,5 до 1,5 см в заднюю стенку нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, которая и явилась причиной желудочно-кишечного кровотечения. В ходе оперативных вмешательств после широкой мобилизации дуоденоеюнального перехода, выделения фистулонесущей зоны двенадцатиперстной кишки, разъединения протеза и дуоденальной стенки с иссечением свищевого хода произведено ушивание двенадцатиперстной кишки в поперечном направлении прецизионными швами. В условиях профузного кровотечения и нестабильной гемодинамики у трех больных принято решение сохранить протез, гемостаз осуществлен путем местного ушивания дефекта с

дополнительным укреплением линии швов аппликацией препарата «Тахокомб». В одном случае выполнена одномоментная радикальная сосудистая реконструкция.

Результаты: 5 пациентов в удовлетворительном состоянии выписаны на 10-14 сутки и направлены в центр сосудистой хирургии для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Одна пациентка в возрасте 80 лет умерла на 3 сутки после операции от развившейся острой почечной недостаточности, при отсутствии несостоятельности швов аорты и двенадцатиперстной кишки, подтвержденной на аутопсии. Один пациент умер на 2-е сутки на фоне тромбоза аксилярнобедеренного шунта. Летальность составила 28,6%. Один пациент оперирован через 1 год повторно по поводу аортодигестивной фистулы.

Выводы: 1) активная хирургическая тактика позволила во всех случаях аортодигестивных фистул произвести стойкий гемостаз; 2) дальнейшее изучение особенностей этиологии, патогенеза, клиники, а так же разработка новых технических приемов выполнения оперативных вмешательств одновременно с адекватной медикаментозной терапией, будут способствовать уменьшению числа интра - и послеоперационных осложнений и снижению летальности у этой тяжелой категории больных. 3) Активная хирургическая тактика во всех случаях гарантировала стойкий гемостаз.

ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

*Тарасик Л.В., Завада Н.В., Шорох С.Г., Козик Ю.П., Неверов П.С.,
Соколовский П.А., Швайбович И.Е., Левина Е.С.*

*Городской центр гастроудоденальных кровотечений. УЗ «10-я ГКБ». Кафедра
неотложной хирургии БелМАПО. г. Минск. Республика Беларусь.*

ВВЕДЕНИЕ. В патогенезе хронического воспаления поджелудочной железы (ПЖ) ключевую роль имеют изменения её проксимальных отделов, которые при прогрессировании процесса могут приводить к аррозии сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: показать обоснованность и удовлетворительные результаты радикальных одномоментных оперативных вмешательств при поражении проксимальных отделов ПЖ, осложненных аррозивными панкреатогенными кровотечениями (АПК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: с 2005 по май 2014 г.г. в Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) г.

Минска оперировано 39 человек по поводу АПК, причиной которых явился обширный деструктивно-дегенеративный процесс в области головки ПЖ с мультиорганными осложнениями. Возраст пациентов от 31 до 67 лет; мужчин - 33, женщин - 6. Все длительное время (5 - 12 лет) страдали хроническим панкреатитом, 7 были ранее оперированы по поводу осложненного течения воспаления ПЖ. При поступлении превалировала клиника ЖКК. Операции выполнялись по жизненным показаниям после восполнения объема циркуляции, дезинтоксикационной, антисекреторной, антибактериальной терапии. Интраоперационно во всех случаях имел место обширный дегенеративно-деструктивный процесс в панкреатодуоденальной области с массивным разрушением желудочной стенки или нисходящей ветви 12-перстной кишки (ДПК), протоковой дилатацией и деформацией, аррозивным кровотечением, грубым рубцовым перипроцессом в зоне магистральных сосудов. Гастропанкреатодуоденальные резекции (ГПДР) при поражении пилороантрального отдела желудка произведены в 6 случаях. Пилоросохраняющий вариант ПДР по принятой в клинике методике выполнен 23 пациентам, одному - при сформированной цистопортальной фистуле - дополнен краевой резекцией воротной вены. 2 больным, ранее оперированным по поводу деструктивного панкреатита, объем операций расширен до дуоденопанкреатэктомии - в одном случае с резекцией желудка; в другом - с сохранением начального отдела ДПК. У одной пациентки на фоне выраженных мультиорганных осложнений выполнена резекция головки и перешейка ПЖ, субтотальная дистальная резекция желудка, дополненная эндоскопическим стентированием зоны деструкции пищевода. Оперативные вмешательства всегда заканчивались формированием на двух тонкокишечных петлях, выключенных по Ру, последовательно панкреато-, гепатико-, гастро- или дуоденоэнтероанастомозов. На фоне выраженных нарушений гомеостаза, усугубленными аррозивным кровотечением, такой вид реконструкции считаем наиболее безопасным и функциональным, так как он не только разобщает самый уязвимый, в плане возникновения послеоперационных осложнений, панкреатоэнтероанастомоз, но и позволяет обеспечить замедленное арефлюксное поступление желчи и панкреатического сока в желудочно-кишечный тракт. Дуоденосохраняющий вариант проксимальной резекции ПЖ при АПК удалось выполнить в семи случаях: пяти пациентам произведена изолированная резекция головки ПЖ (операция Бегера), в двух случаях дополненная вскрытием просвета общего желчного протока и дренированием его в панкреатоеюноанастомоз; одному больному выполнено вскрытие гигантской псевдокисты, резекция головки и частично тела ПЖ с панкреатическим свищом, холедоходуоденоанастомоз, дистальный панкреатоэнтероанастомоз «конец-в-конец» на выключенной по Ру петле и одному пациенту произведена частичная резекция головки ПЖ, папиллосфинктеровирсунгопластика, холедоходуоденопанкреато-

энтероанастомоз на выключенной по Ру петле с резекцией 2/3 желудка и части ДПК. Гистологически: во всех случаях картина тяжелого деструктивного хронического воспаления ткани ПЖ с множественными очагами стромальных и ацинарных некрозов, петрификатами, гнойными кистозными полостями, выраженной дисплазией протокового эпителия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: в послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечено кратковременное подтекание желчи по страховочному дренажу при формировании билиодигестивного анастомоза с крайне тонкостенным холедохом на фоне механической желтухи, интоксикационного синдрома и кровотечения, которое не потребовало инвазивной коррекции. Релапаротомий, летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ: При проксимальных поражениях поджелудочной железы, осложненных аррозивным кровотечением целесообразно выполнение одномоментных операций с радикальным удалением патологического очага, прицельным гемостазом, реконструкцией поврежденных органов и структур.

ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ФОРМИРОВАНИЕМ ПАНКРЕАТОЦИСТОГАСТРАЛЬНОГО СВИЩА И АРРОЗИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Тарасик Л.В., Завада Н.В., Шорох С.Г., Седун В.В., Козик Ю.П., Неверов П.С., Соколовский П.А., Левина Е.С.

*Городской центр гастроудоденальных кровотечений УЗ «10-я ГКБ».
Кафедра неотложной хирургии БелМАПО, г. Минск, Республика Беларусь.*

ВВЕДЕНИЕ. Сложное чередование деструктивно – дегенеративных, пролиферативных процессов в ткани поджелудочной железы (ПЖ), воздействие агрессивных панкреатических ферментов приводит к формированию кист ПЖ, вовлечению в патологический процесс сопредельных органов и их разрушению с образованием патологических соустьев, аррозией сосудов и кровотечением в просвет пищеварительного тракта.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным формированием цистогастральных соустьев и аррозивным кровотечением, путем внедрения одномоментной радикальной хирургической коррекции этой сложной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: в Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями с 2005г. по май 2014гг. оперировано 23 пациента с желудочно-кишечными кровотечениями из панкреатоцистогастральной фистулы. Пациенты в возрасте от 32 до 92 лет,

мужчин - 20 (87%), женщин - 3 (13%). Все пациенты были госпитализированы с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, 6 из них поступили в состоянии геморрагического шока.

У большинства пациентов выявлено кистозно-дегенеративное поражение тела и хвоста ПЖ (12; 52,2%), сравнительно реже встречалось изолированное поражение хвоста (8; 34,8%), тела (1; 4,3%) и головки (1; 4,3%) железы. У одного пациента имелось тотальное поражение ПЖ (4,3%). В соответствии с разработанной классификацией в подавляющем большинстве случаев панкреатогенное кровотечение носило опосредованный характер через формирование псевдоаневризм селезеночной артерии (20 (87%) случаев) в полость постнекротической кисты, связанную через зону деструкции стенки желудка с пищеварительным трактом, в 1 случае (4%) имело место профузное кровотечение из гастродуоденальной артерии при массивном некрозе стенки желудка. Таким образом, панкреатогенные геморрагии вследствие дистального поражения ПЖ имели место у 20 (87%) пациентов, что потребовало выполнения различных вариантов дистальных резекций ПЖ и спленэктомии у всех этих пациентов. При поражении тела железы при наличии ранее наложенного панкреатоцистоэнтероанастомоза выполнена центральная резекция перешейка и части тела ПЖ с формированием панкреатоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле. Обширный воспалительно-деструктивный процесс в головке ПЖ, сальниковой сумке, клетчатке заднего средостения потребовал выполнения проксимальной резекции ПЖ и субтотальной дистальной резекции желудка с формированием гастроэнтеро- и панкреатоэнтероанастомозов на 2-х выключенных по Ру петлях тонкой кишки, эндоскопического стентирования зоны деструкции в нижней трети пищевода. У пациента с тотальным поражением ПЖ и развитием множественных осложнений выполнена дистальная резекция хвоста и тела с кистой и ложной аневризмой селезеночной артерии, интрапаренхиматозная резекция головки железы, панкреатоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле, спленэктомия.

У всех пациентов выполнено иссечение цистогастрального соустья с органосохраняющей коррекцией (гастропластикой) у 19 пациентов, дополненное в одном случае разобщением панкреатоцисто-толстокишечного свища. Обширные зоны деструкции желудочной стенки потребовало выполнения дистальной (1) и проксимальной (1) резекции желудка, а у двух пациентов - гастрэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: релапаротомий, рецидивов кровотечения, летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ: активная дифференцированная радикальная хирургическая тактика оправдана в лечении панкреатогенных кровотечений в просвет пищеварительного тракта из панкреатоцистогастральных фистул.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Седун В.В., Неверов П.С., Якута И.С.,
Хваленов Д.В., Можаско Д.Д., Конкин Д.К., Соколовский П.А., Туромша
В.И., Семенюк Ю.А.*

*УЗ «10-я ГКБ», Центр гастродуоденальных кровотечений,
кафедра неотложной хирургии БелМАПО, г. Минск*

Несмотря на значительный прогресс антисекреторной терапии в консервативном лечении пептической гастродуоденальной язвы (ГДЯ), проблема язвенных кровотечений не теряет актуальности. В крупных хирургических центрах Москвы общая летальность при данной патологии достигает 6%, послеоперационная – 12,6%. Некоторые авторы приводят цифры общей летальности до 14%. Последнее десятилетие характеризуется резким снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу развившихся осложнений.

Цель: определить роль эндоскопических и открытых радикальных органосохраняющих вмешательств в лечении ГДЯ, осложненных кровотечением.

Задачи:

1. Проанализировать виды эндоскопических и открытых хирургических вмешательств при кровоточащей ГДЯ;
2. Оценить ближайшие результаты лечения.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 2290 медицинских карт пациентов, пролеченных на базе городского Центра гастродуоденальных язвенных кровотечений (ЦГДЯК) УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2012-2014 годах, которым проводились эндоскопические и/или открытые оперативные вмешательства по поводу геморрагических осложнений гастродуоденальной язвы. Запросы формировались с использованием автоматизированной информационно-аналитической системы «Клиника». Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов MS Office 2010.

Результаты и обсуждение

За 3 года в ЦГДЯК пролечено 5173 пациента, из них 2290 – с кровоточащей ГДЯ и пептической язвой гастроэнтероанастомоза. Мужчины составили 67,56%, женщины – 32,44%. Средний возраст пациентов 54,7±17,23 (M±δ) года. Основным методом диагностики являлась экстренная эзофагогастродуоденоскопия, источник и характер язвенного кровотечения определялся в соответствии с классификацией J. Forrest (1987). Оперировано

779 пациентов, выполнено 940 вмешательств (765 эндоскопических гемостазов (ЭГ) и 175 открытых операций). Чаще всего применялся инъекционный ЭГ (672; 87,8% от всех эндоскопических манипуляций), реже при наличии технических условий производилось клипирование кровоточащего сосуда (93; 12,2%) с помощью клип-аппликатора НХ-5QR-1А фирмы «OLYMPUS» и одноразовых клипс с прямыми (НХ-600-090) и тупыми (НХ-600-135) углами изгиба браншей. Для работы с клип-аппликатором использовался операционный эндоскоп. У 37 пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким риском оперативного вмешательства пришлось выполнять повторную эндоскопическую остановку кровотечения, у четырех пациентов выполнено 3 ЭГ, у четырех – 4 ЭГ, у двух больных произведено 5 ЭГ. У 22 больных в течение суток после ЭГ развился рецидив кровотечения (у 9 после повторного ЭГ), потребовавший выполнения неотложной открытой операции. Остальные пациенты из этой группы (15; 40,5%) пролечены консервативно.

Неотложно (экстренно) оперировались пациенты с тяжелым продолжающимся кровотечением (Forrest I A, Forrest I B) при невозможности ЭГ, с рецидивом кровотечения в стационаре при неэффективном ЭГ. Срочная операция производилась больным с повторившимся кровотечением, у которых повторно выполненный ЭГ оказался нестабильным, и пациентам с высоким риском рецидива кровотечения. Отсроченные операции показаны пациентам с язвенной болезнью, устойчивой к медикаментозной терапии и выполнялись через 2 недели после гемостаза, без выписки из отделения. Открытые вмешательства по поводу кровоточащей язвы 12-перстной кишки выполнены у 116 (из 175; 66,3%) пациентов, у 84 (72,4%) в виде органосохраняющей радикальной дуоденопластики, у 25 из них вмешательство было дополнено СПВ. Также произведено 15 изолированных лапароскопических СПВ. Методом выбора при кровоточащей язве желудка оставалась резекция (40 из 58, 69%), однако предпочтение отдавалось более функциональному варианту Бильрот-1 (29, 50%), у 5 пациентов выполнены пилоросохраняющие резекции, 5 пациентов оперировано лапароскопически (4 медиогастральных резекции и одна Бильрот-1). Иссечение желудочной язвы с гастропластикой и дуоденотомия с прошиванием сосуда и дуоденопластикой (паллиативные операции) выполнялись только при симптоматических эрозивно-язвенных кровотечениях и синдроме портальной гипертензии, при безуспешности повторных ЭГ и консервативного лечения. Было выполнено 5 релапаротомий (0,3%): по поводу несостоятельности анастомоза – 2, эвентрации – 1, внутрибрюшного кровотечения – 1, некроза головки поджелудочной железы – 1. Рецидивов гастродуоденального кровотечения и летальных исходов не было.

Выводы

1. Концентрация пациентов с кровоточащей ГДЯ в одном клиническом центре позволила разработать и применить четкую тактическую схему со стратификацией рисков рецидива кровотечения, своевременным применением эндоскопических и открытых оперативных вмешательств.

2. Несмотря на некоторые недостатки, инъекционный эндоскопический гемостаз является методом выбора при продолжающемся язвенном кровотечении.

3. У пациентов группы высокого операционного риска квалифицированное выполнение эндоскопического гемостаза (в том числе повторного) позволяет избежать более травматичного открытого вмешательства.

4. Применение современных малоинвазивных технологий и органосохраняющих радикальных методик хирургического лечения позволило избежать летальных исходов среди пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ И ПАРАПАПИЛЛЯРНЫХ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Палеев С.А., Седун В.В., Козик Ю.П., Якута И.С.

*Городской центр гастродуоденальных кровотечений, УЗ «10 ГКБ»,
Кафедра неотложной хирургии БелМАПО, г.Минск*

Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения больных с транс- и парапапиллярной локализацией кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), внедрение органосохраняющих технологий хирургической коррекции сложной патологии постбульбарной зоны.

Материалы и методы: Центр гастродуоденальных кровотечений г. Минска располагает опытом лечения 47 больных с транс- и парапапиллярной локализацией язвы ДПК, осложненной кровотечением. Все пациенты оперированы. Хирургическая техника в патологическом очаге включала комплекс прецизионных приемов по устранению всего объема язвенного поражения. Это позволило точно верифицировать терминальные отделы билиопанкреатической системы, вовлеченной в патологический очаг, избежать ятрогении. Во всех случаях язвы имели размер более 25 мм в диаметре, практически циркулярные с протяженной зоной грубой рубцовой деформации и пенетрации в головку поджелудочной железы, гепатодуоденальную связку, мезоколон.

За период 2003-2012гг. оперировано 47 пациентов с транс- и парапапиллярной язвой ДПК, осложнённой кровотечением. С транспапиллярными язвами оперировано 12 пациентов, с парапапиллярными язвами – 35 пациентов.

Характер органосохраняющих операций:

1. Иссечение язвы + радикальная сегментарная дуоденопластика (РСДП), вирсунгопластика в заднюю полуокружность дуоденoduоденоанастомоза, - 1 пациент,

2. Иссечение язвы + РСДП, папиллосфинктерохоледоходуоденопластика – 6 пациентов, +РСДП,

3. Иссечение язвы + РСДП, папиллосфинктеропластика с вирсунгопластикой и реимплантацией в бок двенадцатиперстной кишки, дуоденoduоденоанастомоз – 1 пациент,

4. Иссечение язвы + РСДП, холедохозэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле – 1 пациент,

5. Иссечение язвы + РСДП – 33 пациента.

Характер резекционных методов лечения:

1. Резекция желудка по Бильрот-2, папиллохоледоходуоденопластика, атипичное формирование культи ДПК с холедоходуоденоанастомозом – 3 пациента,

2. Резекция желудка по Бильрот-2, папиллохоледохопластика, папиллохоледоходуоденоэнтероанастомоз на отключенной по Ру петле – 1 пациент,

3. Резекция желудка по Бильрот-2, атипичное формирование культи двенадцатиперстной кишки – 1 пациент.

Результаты: все больные выписаны в удовлетворительном состоянии без послеоперационных осложнений. Обследование через 1-3 года после операции: рецидива язвы нет, функции анастомозов удовлетворительные.

Выводы:

1. Среди локализаций пептических язв двенадцатиперстной кишки транспапиллярные и парапапиллярные язвы занимают наиболее сложную топографическую зону.

2. Тяжелая степень кровопотери, большие размеры язв, трудность достижения стабильного местного гемостаза, большая склонность к рецидиву кровотечения вынуждают применять срочное оперативное лечение.

3. Оперативные вмешательства требуют высокотехнологического и одновременно максимально органосберегающего приема, направленного на устранение язвенного субстрата, пластического восстановления анатомических структур двенадцатиперстной кишки, терминальных отделов холедоха и вирсунгова протока и их транзитных функций.

4. Целесообразно дополнять органосохраняющие операции селективной проксимальной ваготомией, которая, воздействуя на кислотно-пептический фактор, сводит к минимуму возможность рецидива заболевания.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ИЗ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

Тесевич Л.И., Горбачев Ф.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Р. Беларусь*

Введение. В современной челюстно-лицевой хирургии для возмещения дефектов нижней челюсти с восстановлением нарушенной непрерывности нижнечелюстной кости используются невазуляризированные и ревазуляризированные аутоотрансплантаты из гребня подвздошной кости, ребра, лопатки, большой или малой берцовой кости [1, с. 923; 2, с. 12; 3, с. 319]. Каждый такой донорский материал и оперативная техника его применения имеют свои преимущества и недостатки и поэтому не являются идеальными при восстановлении непрерывности нижнечелюстной кости. Неваскуляризированный аутоотрансплантат из гребня подвздошной кости (АТГПК) по своей структуре относится к кортикально- губчатому с преимущественным содержанием губчатого костного компонента и поэтому ему присущи (по сравнению с кортикальными аутоотрансплантатами) более выраженные остеогенные, остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства [4, с. 493].

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов использования невазуляризированных аутоотрансплантатов из гребня подвздошной кости при костной пластике нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости.

Материалы и методы исследования. Изучен архивный материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии «УЗ 11-ой клинической больницы г. Минска», на базе которого в период с 2008 по 2014 г.г. взрослым пациентам по показаниям была проведена костная пластика нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости с использованием невазуляризированного АТГПК. При этом изучались результаты лечения больных в зависимости от характера и локализации дефекта нижней челюсти с нарушением ее непрерывности и вариантов такой костной пластики. Для оценки вида АТГПК учитывались следующие факторы: наличие в отмоделированном трансплантате одной или двух поверхностей

Вариант костной пластики нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости Количество больших (% от общего количества)	Характеристика аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости			
	Монокортикаль о-губчатый Количество больших (% от общего количества)	Бикортикаль о-губчатый Количество больших (% от общего количества)	Моноблочный Количество больших (% от общего количества)	Многоблочный Количество больших (% от общего количества)
В области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела нижней челюсти -12 (37,5%)	0	12 (37,5%)	10 (31,25%)	2 (6,25%)
В области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти - 12 (37,5%)	4 (12,5%)	8 (25,0%)	8 (25,0%)	4 (12,5%)
В области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти с реплантацией суставной головки ВНЧС - 4 (12,5%)	4 (12,5%)	0	0	4 (12,5%)
В области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти с артропластикой ВНЧС - 4 (12,5%)	4 (12,5%)	0	0	4 (12,5%)
ВСЕГО: 32 (100%)	12 (37,5%)	20 (62,5%)	18 (56,25%)	14 (43,75%)

В зависимости от варианта костной пластики нижней челюсти производился забор бикортикального костного трансплантата (из которого

также могли моделироваться монокортикальные фрагменты кости) или монокортикального (расщепленного с внутренней или наружной поверхности подвздошной кости).

При локализации первичного или вторичного дефекта в области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела нижней челюсти костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости проводилась с использованием отмоделированного моноблочного или двухблочного бикортикально-губчатого АТПК с восстановлением контуров нижней трети лица.

При локализации первичного или вторичного дефекта в области в области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти, когда верхняя граница дефекта находилась ниже основания мышцелкового отростка, костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости проводилась или с использованием отмоделированного моноблочного бикортикально-губчатого трансплантата, или монокортикально-губчатого (расщепленного) АТПК, состоящего из 1-3-х блоков, в зависимости от размеров ветви и возможности забора достаточного объема материала из гребня подвздошной кости. Если верхняя граница такого вида дефекта планировалась выше основания мышцелкового отростка нижней челюсти, то во избежание травмирования крупных сосудов, в таких случаях резекция нижней челюсти проводилась с экзартикуляцией суставной головки из височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сохраняя суставной диск и капсулу. Последующая первичная костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости проводилась с использованием отмоделированного монокортикально-губчатого

(расщепленного) АТПК, состоящего из 1-3-х блоков и с реплантацией

суставной головки в полость сустава. Это позволяло значительно технически упростить методику проведения такого варианта костной пластики.

При поражении патологическим процессом суставной головки мышцелкового отростка резекция нижней челюсти проводилась с экзартикуляцией суставной головки из ВНЧС, сохраняя суставной диск и капсулу. Образовавшийся первичный дефект устранялся костной пластикой с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости с использованием отмоделированного монокортикально-губчатого (расщепленного) АТПК, состоящего из 1-3-х блоков, с формированием из *spina iliaca anterior superior* новой суставной головки, которая вводилась в полость ВНЧС (артропластика).

Успешные результаты костной пластики с восстановлением непрерывности нижней челюсти с использованием АТПК были достигнуты у 31 пациента (96,8%). Только у 1-ой пациентки с первичным дефектом

после резекции бокового отдела тела нижней челюсти по поводу фиброзной остеодисплазии в послеоперационном периоде отмечалось нагноение костной раны и неприживление моноблочного бикортикального АТПК с его секвестрацией.

Выводы:

1. Использование неваскуляризованного АТПК является методом выбора при хирургическом устранении первичных и вторичных дефектов нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости.

2. Обоснованное применение вариантов как моно-, так и бикортикально-губчатых АТПК, отмоделированных в виде моно- или многоблочных фрагментов, позволили добиться успешных результатов оперативного лечения пациентов с такой патологией в 96,8% случаев.

3. При моделировании АТПК целесообразно сохранять избыток его губчатого вещества по толщине восстанавливаемых отделов нижнечелюстной кости (для бикортикального - не менее 30%; для монокортикального (расщепленного) не менее - 50%), тем самым нивелируя последующую резорбцию объема трансплантированной кости в результате адаптационных процессов ее приживления.

Литература

1. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии/ А.А. Тимофеев.- Киев, 2002.- 1022 с.

2. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области свободной пересадкой тканей: учебно-методич. пособие/ Л.И. Тесевиц, В.В. Барьяш.- Мн.- 63 с.

3. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский.- М., 2003.- 456 с.

4. Moy, P.K. Clinical experience with osseous site development using autogenous bone, bone substitutes and membrane barriers // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am.- 2001.- V.13.- P. 493-509.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ГРУДИНЫ И РЕБЕР У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Татур А.А.¹, Протасевич А.И.¹, Попов М.Н.², Росс А.И.², Куптель М.А.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

УЗ «10-я городская клиническая больница»²

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургическое лечение рака молочной железы (МЖ), включающее мастэктомию (МЭ) с удалением или сохранением грудных мышц, с применением в послеоперационном периоде по протоколу лучевой, химио- и гормональной терапии может сопровождаться развитием ранних и поздних гнойно-воспалительных послеоперационных раневых и постлучевых осложнений, в том числе остеомиелита грудины и ребер (ОГиР) в зоне послеоперационного рубца. До начала 90-х гг. прошлого столетия МЭ по Холстеду была операцией выбора при раке МЖ. В настоящее время она выполняется только при инвазии опухоли в большую грудную мышцу (БГМ) и основной операцией является МЭ по Маддену с сохранением грудных мышц. Сложность ранней диагностики и своевременного лечения ОГиР в отдаленном периоде после МЭ заключается в: 1) наличии у пациенток, как правило, пожилого возраста в зоне костно-хрящевой деструкции атрофически-измененных тканей; 2) отсутствии здесь грудных мышц; 3) абсолютной неэффективности дренирующих вмешательств и местного лечения; 4) необходимости выполнения радикальной резекции деструктивно-измененных грудины и ребер с пластикой образовавшегося дефекта грудной стенки перемещенным васкуляризованным мышечным лоскутом [1, с.256; 2, с. 32].

Целью исследования явился анализ результатов диагностики и одноэтапного хирургического лечения ОГиР у 18 пациенток после МЭ по Холстеду в условиях специализированного центра торакальной хирургии.

Материал и методы. В 2005-14 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска обследованы и оперированы 18 пациенток со свищевой формой ОГиР после комбинированного лечения рака МЖ T₂₋₃N₀₋₂M₀с проведением МЭ по Холстеду и лучевой терапии в различных онкологических учреждениях Республики.

Результаты и обсуждение. Пациентки госпитализированы в РЦТХ в сроки от 3 месяцев до 30 лет после МЭ, в среднем – через 11±4,3 года. Их возраст варьировал от 52 до 77 лет и в среднем составил 66 ±4,5 лет. Факторами риска развития ОГ были лучевая терапия с развитием постлучевого дерматита (100%) на фоне артериальной гипертензии, ИБС (75%) и сахарного диабета (22%). Данных за местный рецидив опухоли, отдаленное метастазирование или развитие рака кожи выявлено не было.

Развитие хронического постлучевого дерматита спустя годы и десятилетия после воздействия ионизирующего облучения сопровождается атрофическими изменениями кожи и гиперкератоза. Образование трещин и язв, их инфицирование приводит к переходу гнойно-воспалительного процесса с кожи на передние отрезки, как правило, III-V ребер с развитием гнойного хондроперихондрита, гнойного воспаления реберно-грудинных

суставов и прилежащих участков грудины. В патогенезе ulcerации кожи имеет значение постлучевая ossification реберных хрящей с образованием экзостозов, компрессирующих атрофически измененную кожу, что мы встретили у половины пациенток.

Диагностическая программа включала клинично-лабораторное обследование и лучевые методы визуализации. При осмотре на фоне постлучевого дерматита в зоне свищей (100%) определялся перифокальный отек и инфильтрация тканей. Размеры свищей и язв варьировали от 4x5 мм до 10x8 см. При микробиологическом исследовании 1/3 пациенток обнаружено сочетание 2 и более возбудителей с преобладанием *Ps. aeruginosa* и *Staph. aureus*. До внедрения МСКТ всем пациенткам проводили рентгенографию ОГК в двух проекциях и фистулографию. Остеосцинтиграфия с Tc^{99m} на первом этапе работы у 9 пациенток (50%) позволила выявить очаги гиперфиксации радиофармпрепарата в грудине. Считается, что ее применение целесообразно при острых ОГиР, поскольку гиперфиксация Tc^{99m} отмечается на 6-10 сут. раньше изменений, выявляемых с помощью КТ [1]. С учетом того, что у всех наших пациенток был хронический ОГиР с 2008 г. основным методом его диагностики в РЦТХ стала МСКТ ОГК с болюсным усилением, которая выполнена у 12 пациенток (66,7%). МСКТ позволяет определить наличие и распространенность деструкции грудины и ребер, выявить ретростернальные затеки и переход гнойно-воспалительного процесса на здоровую сторону, исключить отдаленные метастазы и определить адекватный объем резекции.

Лечение ОГиР включало предоперационную подготовку, одномоментное радикальное реконструктивное хирургическое вмешательство и послеоперационное лечение в соответствии с разработанным протоколом. Предоперационная подготовка включала санацию свищевых ходов (100%), вскрытие и дренирование гнойных затеков (50%), подбор антибиотиков с учетом установленной чувствительности микрофлоры. Хирургические вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом в положении пациентки на спине с приведением к туловищу руки, противоположной стороне операции. Индивидуальные «клоушкообразный» (55,6%) или типа «мерседес» (44,4%) операционные доступы обеспечивали: 1) иссечение участка кожи со свищевыми ходами; 2) минимальную мобилизацию кожи в зоне постмастэктомического рубца вместе с надхрящницей ребер, подлежащих резекции; 3) резекцию деструктивно-измененных ребер и грудины; 4) мобилизацию контрлатеральной большой грудной мышцы (БГМ) с сохранением торакоакромиальной сосудистой ножки и формированием достаточного по длине мышечного лоскута; 5) перемещение контрлатерального кожного лоскута вместе с МЖ с пластикой дефекта кожи.

Краевая резекция грудины выполнена у 10 пациенток (55,6%) с резекцией ипсилатеральных передних отрезков 4 ребра (40%), 4 и 5 ребер (40%), 3-5 ребер (10%), 4-6 ребер (10%). При резекции нижней трети тела грудины – у 4 пациенток (22,2%), дистальной резекции 1/2 тела – у 2 (11,1%) и субтотальной резекции – у 2 (11,1%) удалялись деструктивно-измененные передние отрезки ребер в ее зоне с обеих сторон. При наличии экзостозов на остающихся ребрах в зоне операции проводили их удаление и сглаживание передней поверхности остающихся ребер. Далее выполняли мобилизацию контралатеральной БГМ, а при необходимости резекции 5-7 ребер – проксимальных участков прямых мышц живота (ПМЖ). Реконструкцию грудной стенки завершали торакомиопластикой перемещенным лоскутом БГМ (100%) с использованием сохраненных проксимальных отделов ПМЖ (44,4%) по разработанной в РЦТХ методике. После дренирования зоны операции 2-3 дренажами перемещали кожные лоскуты и послойно ушивали рану. Дренажи подключали к системе вакуум-аспирации. Моделировали пелот и накладывали компрессионную бандажную повязку. В послеоперационном периоде проводили этиотропную АБТ, дренажи удаляли на 4-7 сутки с учетом количества раневого экссудата. У 77,8% больных раны зажили первичным натяжением. Частичное нагноение раны было у 2 пациенток (11,1%), что потребовало дренирования и местного лечения. У 2 пациенток с обширным поражением грудины, ребер и мягких тканей грудной стенки развились большие осложнения. У пациентки после дистальной резекции 1/2 тела грудины развилось тотальное нагноение раны с дислокацией жизнеспособного лоскута БГМ. После этапной некрэктомии и очищения раны ей была проведена повторная успешная пластика лоскутом БГМ. У 2-й пациентки после субтотальной резекции грудины развилось гнилостное нагноение раны с концевым остеомиелитом II-IV ребер слева, некрозом лоскута БГМ и краев кожи с образованием обширного дефекта (8x6 см). После этапной некрэктомии, ререзекции деструктивно-измененных ребер, очищения раны совместно с микрохирургами ей была выполнена пластика кожно-мышечным TRAM- лоскутом, которая обычно применяется для восстановления утраченной груди [3, с. 61]. В послеоперационном периоде развился краевой некроз перемещенного лоскута с заживлением вторичным натяжением. Сроки стационарного лечения пациенток варьировали от 17 до 125 суток. При выполнении краевой резекции грудины они были в 2 раза меньше, чем при выполнении более обширных вмешательств. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

1) Основными факторами риска развития ОГиРв сроки до 30 лет после МЭ по Холстеду являются лучевая терапия с развитием дерматита, экзостозов

и инфицированных язв с переходом гнойно-воспалительного процесса на подлежащие передние отрезки ребер и грудину.

2) Диагностическая программа ОГиР после МЭ должна обязательно включать МСКТ и бактериологический мониторинг.

3) Сложность реконструкции грудной стенки после резекции пораженных ребер и грудины связана с отсутствием в зоне мастэктомии БГМ и наличием постлучевого дерматита. Одномоментная резекция деструктивно-измененных ребер и грудины с пластикой дефекта грудной стенки васкуляризованными лоскутами контралатеральной БГМ (100%) и ПМЖ (44,4%) по методике клиники эффективно у 94,4%.

5) Применение TRAM-пластики – метод выбора при отсутствии возможности выполнения пластики дефектов грудной стенки местными тканями.

Литература

1. Вишнеvский, А.А. Хирургия грудной стенки: руководство // А.А. Вишнеvский, С.С. Рудаков Н.О., Миланов/ М. - «Видар», 2005. – 301 с.
2. Обыденов, С.А. Основы реконструктивной пластической микрохирургии // С.А. Обыденов, И.В. Фраучи / «Человек», - СПб. – 2000. – С. 32-35
3. Миррахимова, Д.Т. TRAM-пластика после мастэктомии // Д.Т. Миррахимова, С.Л. Тен, А.А. Каюмходжаев / Сиб. онколог. журнал- 2008. - №2. - с.60-61.

ЗАЖИВЛЕНИЕ КОЖНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ РОСТОВЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Троянов А.А., Кондратенко Г.Г., Арабей А.А., Потаннев М.П.

БГМУ, Минск, РБ

ВВЕДЕНИЕ: В Республике Беларусь ежегодно около 20 тысяч человек пополняет ряды пациентов с сахарным диабетом (СД). Этой патологией страдает около 4% населения. Образование хронических, медленно заживающих кожных язв и других воспалительно-некротических мягких тканей ног при СД увеличивает риск развития гангрены нижних конечностей в 20 раз, на долю данной категории пациентов приходится 50-70% общего количества ампутаций нижних конечностей, выполняемых в стационарах республики. Наше внимание привлекли исследования последних лет, указывающие на эффективность применения естественных продуктов тромбоцитов для заживления ран. Они основываются на выделении тромбоцитами антибактериальных факторов, цитокинов и хемокинов,

регулирующих локальный иммунный ответ, а также ферментов и ростовых факторов, определяющих регенерацию и реэпителизацию поврежденных кожных покровов

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценить в эксперименте действие плазмы, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов (ПОРФТ) на заживления кожных ран у животных (крыс) со стрептозотоцин-индуцированной гипергликемией. Провести сравнительный анализ применения ПОРФТ с традиционными методами лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Экспериментальных животных (крыс-самцов) линии Wistar с массой тела 250-280г получали из вивария учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (УО БГМУ). Исследования на животных проводились с разрешения и одобрения Комитета по биомедицинской этике УО БГМУ (протокол №7 от 14.10.2013г.). Всего в экспериментах использовано 120 животных. Индукцию гипергликемии у крыс проводили по методу, описанному Lan [2013]. Для этого животным вводили внутривенно однократно стрептозотоцин (Sigma) из расчета 50 мг/кг веса. Через 6 дней осуществляли контроль веса уровня глюкозы и общий анализ крови. Для последующих экспериментов отбирали животных с уровнем глюкозы более 200 мг/дл (>12 ммоль/л) [Qiu Z., 2007]. Через 7 дней после введения стрептозотоцина создали рану кожи спины (диаметром 1,5см), инфицировали ее введением местно 100 мкл бактериальной взвеси, содержащей 10^8 *S. aureus*. Через 3 дня после создания раны животным проводили лабораторные исследования периферической крови (глюкоза, общий анализ крови), корку над раной вскрывали, желатиновым тампоном делали мазок для бактериологического посева. Всех животных делили на 3 группы: К (контроль), П (плазма), ПОРФТ. Осуществляли лечение: К – рану промывали 6% раствором перекиси водорода, затем - слабым раствором перманганата калия; П – рану промывали 6% раствором перекиси водорода, обрабатывали 50 мкл 10% раствора глюконата кальция, избыток раствора убирали стерильным ватным тампоном, на рану наносили 150 мкл плазмы, сверху - 50мкл раствора тромбина с активностью 20МЕ/мл; ПОРФТ – рану санировали 6% раствором перекиси водорода, обрабатывали 50 мкл 10% раствора глюконата кальция, избыток раствора убирали, затем наносили 150 мкл PRP, и сверху – 50 мкл раствора тромбина с активностью 20МЕ/мл. Ингредиенты наносили шприцом/дозатором. Проведенные контрольные исследования у крыс включали взвешивание (каждые 7 дней с момента инъекции стрептозотоцина), определение уровня глюкозы крови, проведение общего анализа крови, фотографирование и измерение размеров раны – через 3, 7, 14, 21 и 28 день после ее создания. Уровень глюкозы крови у животных измеряли с помощью глюкометра Fine test premium (Infopia). Общий анализ крови животных проводили на гематологическом анализаторе Medonic SA

(Boule Medical). Статистические методы обработки данных включали определения средних значений, ошибку среднего значения ($M \pm SE$). Достоверность различий групп показателей оценивали с помощью Т-критерия. Достоверными считали различия при значении $p < 0,05$. При проведении статистической обработки материала использовали пакет программ STATISTICA 10.0

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Оценка уровня бактериального обсеменения кожных ран через 3 дня после нанесения раны (в день применения местного лечения) составляла около 2×10^5 бактерий при посевной дозе 10^8 бактерий. При нанесении образцов плазмы или ПОРФТ на рану и дополнительной полимеризации ее сверху раствором тромбина (20ЕД/мл) на ране формировался защитный слой, под которым и происходила заживление раны. По результатам планиметрического измерения, уменьшение (по сравнению с контролем) размеров раны под действием ПОРФТ наблюдается уже на 14 день заживления инфицированной раны. Через 21 день наблюдения разница в размерах ран становится статистически достоверной. У одной из 5 крыс рана зажила к этому сроку наблюдения полностью. Аналогичные данные мы наблюдали у крыс, гипергликемию у которых вызывали другими режимами введения стрептозотоцина (например, дважды из расчета 40 мг/кг веса). Таким образом, в более поздние сроки наблюдения кожные раны у крыс с гипергликемией при лечении с использованием ПОРФТ заживают достоверно лучше.

ВЫВОДЫ:

1. Отмечена статистически достоверная меньшая площадь и более высокая скорость заживления ран у крыс, получавших лечение с использованием ПОРФТ, по сравнению с контрольными животными.

2. Полученные результаты позволяют говорить о целесообразности внедрения ПОРФТ в клинику для местного лечения длительно незаживающих ран кожных покровов у пациентов с сахарным диабетом

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ РОСТОВЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОЦИТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ

Троянов А.А., Кондратенко Г.Г., Храпов И.М.

БГМУ, УЗ «10-я ГКБ», Минск, РБ

ВВЕДЕНИЕ: По данным ВОЗ распространенность сахарного диабета (СД) составляет около 6%. Нарушения углеводного обмена у таких

пациентов приводят к формированию синдрома диабетической стопы (СДС), который встречается в различной форме у 30-80% больных СД. Язвы стоп развиваются у 15-20% больных в течение жизни и наблюдаются у 7-25% госпитализированных больных. Утвержденного Минздравом РБ протокола местного лечения кожных поражений при СДС на данный момент нет. Наше внимание привлекли клинические и экспериментальные исследования последних 10 лет, указывающие на эффективность применения естественных продуктов тромбоцитов для заживления ран. Представляется целесообразным исследовать возможности применения аутологичной плазмы, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов (ПОРФТ) для ускорения заживления поврежденных кожных покровов у пациентов на фоне СДС.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выявить гематологические критерии отбора пациентов с СДС для местного лечения повреждений кожных покровов с использованием ПОРФТ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Сплошным методом за одинаковые промежутки времени исследованы гендерные характеристики и данные обследования 217 лиц обоего пола. В качестве контроля считались данные доноров крови (n=115). Основными являлись сведения о пациентах, страдающих СД и имеющих СДС (n=102). В обеих группах в сравнительном плане были оценены пол, возраст и уровень тромбоцитов в периферической крови, у пациентов с СД дополнительно оценивали длительность заболевания, уровень гемоглобина, лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Кроме того, для оценки возможности забора периферической крови пациентов с СД с последующим использованием её компонентов для лечебных целей, оценивалось соответствие полученных данных критериям «Инструкции о порядке предоперационной заготовки аутологичной крови и ее компонентов», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.09.2012 г., № 981. Статистические методы обработки данных включали определения средних значений, стандартного отклонения ($M \pm SD$), процентного значения отдельных групп показателей. Достоверность различий групп показателей оценивали с помощью Т-критерия. Достоверными считали различия при значении $p < 0,05$. При проведении статистической обработки материала использовали пакет программ STATISTICA 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Исследование возрастных характеристик женщин – доноров крови и женщин с СДС свидетельствует о том, что в сравниваемых группах средний возраст женщин-доноров меньше, чем женщин-пациенток, страдающих СДС (медиана лет 40 против 57). Если пропорция женщин в возрасте 50-60 лет доминировала среди пациенток с СДС (84,4%), то среди женщин - доноров крови она была существенно меньшей (13%). Вместе с тем, следует отметить, что уровень тромбоцитов в

группе женщин – доноров и пациенток с СДС практически не отличался (среднее значение $278,7 \times 10^9/\text{л}$ и $269,6 \times 10^9/\text{л}$ соответственно). Доля пациенток с СДС, у которых содержание тромбоцитов в периферической крови превышает $200 \times 10^9/\text{л}$, составила 78,1%, а женщин-доноров – 87,0%. Распределение по возрасту и содержанию тромбоцитов в периферической крови при сравнении групп мужчин – доноров и мужчин – пациентов с СДС было аналогичным таковому у женщин. Средний возраст мужчин-доноров был меньше чем у мужчин-пациентов с СДС (медиана лет 29,5 против 55,5). Доля мужчин в возрасте 50-60 лет среди доноров крови (5,4%) также была существенно ниже чем среди мужчин, страдающих СДС (84,3%). Средний уровень тромбоцитов в периферической крови в сравниваемых группах был практически идентичным и составил $257,4 \times 10^9/\text{л}$ в группе доноров крови и $243,2 \times 10^9/\text{л}$ в группе пациентов с СДС. Процент пациентов с СДС, у которых содержание тромбоцитов в периферической крови превышает $200 \times 10^9/\text{л}$, составил 67,1%, а мужчин-доноров – 89,1%. Уровень тромбоцитов в периферической крови мужчин с СДС несколько ниже, чем у женщин с СДС и мужчин – доноров крови, однако достоверных различий не наблюдается ($P > 0,05$). Процентное распределение уровней тромбоцитов в крови мужчин-пациентов с СДС было аналогичным таковому для женщин-пациенток с СДС. Обращает на себя внимание то, что среди мужчин наблюдалась достоверно более низкая частота пациентов с СДС, имеющих уровень тромбоцитов крови $200 \times 10^9/\text{л}$ и более по сравнению с таковым у мужчин – доноров крови ($\chi^2 = 11,85$; $P = 0,0006$). При анализе гематологических показателей пациентов с СД на соответствие действующей инструкции по аутодонорству крови выявлено, что по уровню тромбоцитов в периферической крови аутодонорами крови могут быть 67,1% мужчин и 78,1% женщин, по уровню гемоглобина в периферической крови – 60,0% мужчин и 46,8% женщин, а по уровню по уровню лейкоцитов в периферической крови – 54,3% мужчин и 59,4% женщин, страдающих СДС. Кроме того, при длительности заболевания более 20 лет, многие пациенты имеют хронические воспалительные процессы, что отражается на повышенных значениях СОЭ более чем у половины мужчин и женщин – пациентов с СДС.

ВЫВОДЫ:

1. Более половины пациентов, страдающих СД и СДС, соответствуют требованиям, определяющим возможность применения аутоплазмы, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов для ускорения заживления поврежденных кожных покровов.

2. Гематологическими критериями, определяющими возможность включения пациентов с СДС для приготовления ПОРФТ, являются такие показатели периферической крови, как уровень тромбоцитов не менее $200 \times$

10^9 /л, гемоглобин не менее 125 г/л и уровень лейкоцитов не более $9,0 \times 10^9$ /л и не менее $4,0 \times 10^9$ /л.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Чур Н.Н., Кондратенко Г.Г., Казущик В.Л., Черноморец В.В.

УО БГМУ, Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Наиболее частыми причинами хронической венозной недостаточности (ХВН), как одной из самых частых сосудистых патологий, является варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей и посттромбофлебитический синдром (ПТФС). Распространенность варикозной болезни (ВБ) необычайно широкая. По данным разных авторов, в той или иной степени выраженности, её признаки имеют до 89% женщин и до 66% мужчин из числа жителей развитых стран. Все чаще появляются сообщения о выявлении этой патологии у школьников.

По статистике в Республике Беларусь только 22,8% пациентов обращаются в поликлиники к хирургу на начальных стадиях ВРВ (C0-C1 по классификации СЕАП), а остальные (77,2%) – с поздними стадиями (C2-C6), что утяжеляет заболевание, усложняет лечение и требует значительно больших финансовых вложений. Вследствие своей большой распространенности и в силу затрат на диагностику и лечение, ХВН представляет собой чрезвычайно важную медицинскую и социально-экономическую проблему.

Причин развития ВРВ в понимании патогенеза существует много: беременность, роды, прием оральных контрацептивов, профессиональные вредности (работа, связанная с длительной ходьбой и стоянием). За последние 20 лет взгляд на патофизиологические основы ВРВ изменился кардинально. Однако, основным этиологическим фактором (83,5%) многими авторами признается наследственный. Достаточно отметить, что за этот период было предложено более 10 теорий возникновения варикозной болезни (ВБ), но ни одна из них не нашла убедительного подтверждения.

Несколько лет назад была впервые высказана мысль об участии особых матричных ферментов (генов) – металлопротеиназ 3-го и 12-го типов в развитии варикозной трансформации подкожных вен.

Считается, что в основе патофизиологических изменений, происходящих при хронической венозной недостаточности, лежит нарушение оттока по венам вследствие наличия патологических рефлюксов (горизонтального и вертикального), их обструкции, недостаточности перфорантных вен, а также сочетание этих факторов.

По мнению большинства авторитетных исследователей (Богачев В.Ю. 1999, Гавриленко А.В. 1999, Кириенко А.И. 2012, Fegan W.G. 1990, Goldman M. 1999 и др.) радикальное излечение больных с ХВН еще далеко от полного разрешения. В определенной мере это связано с высокой степенью генетической детерминированности, проявляющейся в развитии заболевания у 25 - 90% детей от родителей, страдающих ВРВ.

Хирургическим путем мы в состоянии ликвидировать возникшие патологические вено-венозные рефлюксы и измененные участки поверхностной венозной системы, но ни в коей мере повлиять на наследственную предрасположенность и, тем самым, остановить патологические реакции на молекулярном, тканевом и клеточном уровнях. Отсюда становится понятным, что радикальность операции (максимальное однократное удаление вен), не может привести к долгосрочным положительным результатам. К тому же, если принять во внимание процессы неоангиогенеза перфорантных вен на голени, то рецидивы патологического горизонтального рефлюкса после классической операции Линтона можно ожидать уже через 5 лет.

Поэтому операция может считаться звеном в комплексном лечении ХВН, методом наиболее эффективного устранения возникшей патологии вен. Отсюда, при условии адекватно выполненной первичной операции, вопросы профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания, появления новых варикозных узлов, изменений кожи, не следует относить к разряду только хирургических проблем, а должны решаться комплексным лечением.

В настоящее время хирургическое лечение ХВН проводится по двум направлениям: традиционные методики и малоинвазивные.

Термин “традиционная хирургия” предполагает радикальную флэбэктомии с удалением большой подкожной вены (БПВ) и при показаниях – малой подкожной вены (МПВ), так называемый стриппинг, перевязку перфорантов по методикам Кокетта или Линтона с разрезами в зоне трофических расстройств. При этом требуется удаление или выключение из кровотока всех боковых расширенных ветвей из отдельных разрезов с применением методик Клаппа, Шаде, Караванова, Нарата и других. В последние годы широкое распространение получила методика минифлэбэктомии с применением крючков Варади для удаления незначительно расширенных боковых ветвей (C1-C2 по классификации СЕАП). Стандартной, как одного из ключевых этапов комплексной флэбэктомии, должна быть операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия) за исключением рецидивов, когда данное вмешательство было выполнено радикально.

На сегодняшний день хирургические методы, как радикальные вмешательства, остаются безальтернативными. Однако они сопровождаются грубыми дефектами в виде кожных рубцов и частыми осложнениями.

Послеоперационный период при традиционных хирургических вмешательствах, выполненных с разрезами в зоне трофических расстройств, протекает с выраженным болевым синдромом, ограничением физической активности пациентов, что чревато возможными тромботическими осложнениями. Основным же отягощающим моментом традиционной хирургии ХВН являются послеоперационные раневые осложнения.

Все выше изложенное, требует внедрения новых, более эффективных способов лечения, то есть поиск компромисса между радикальностью и травматичностью оперативного лечения. Поэтому в арсенале хирургического лечения ХВН приоритетом пользуются миниинвазивные методы лечения, при которых с наименьшим ущербом удастся осуществить коррекцию нарушенного венозного кровотока со стойкими клиническими и эстетическими результатами.

В настоящее время существует несколько миниинвазивных методик: 1) флебосклерозирующая терапия; 2) инвагинационные методики; 3) криотерапевтическая методика коррекции венозной системы; 4) эндоскопическая хирургия в лечении ВРВ и ПФС; 5) эндовенозная термическая абляция ВРВ с применением лазерных или радиочастотных технологий.

В основе метода лазерной коагуляции лежит механизм селективной фотокоагуляции, суть которого заключается в избирательном поглощении различными компонентами биологических тканей лазерной энергии определенной длины волны, что приводит к их разрушению без нанесения ущерба окружающим тканям, а в дальнейшем – происходит фибрирование вены. В настоящее время для этих целей применяются диодные и твердотельные лазерные аппараты с различными длинами волны от 0,94 до 1,56 мкм.

Нерешенной до конца проблемой в настоящее время остается использование метода изолированной (отдельных участков) эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) большой подкожной вены (БПВ) в лечении ВРВ, поскольку любой вариант неполной коррекции таит в себе опасность сохранения нарушений венозного оттока и рецидива заболевания. Отсюда нельзя признать изолированную ЭВЛК БПВ универсальным полноценным методом хирургического лечения ВРВ и к этому следует подходить критически.

Сохранение патологического рефлюкса по притокам и перфорантам представляет серьезную угрозу реканализации в отдаленные сроки. Поэтому, наряду с применением ЭВЛК магистральных подкожных вен, выполняются различные комбинации, включающие лазерную коагуляцию (ЛК) боковых расширенных ветвей и перфорантных вен или в сочетании с хирургическими вмешательствами. Выполнение открытого хирургического разобщения сафенофemorального и сафенопопliteального соустьев можно легко

аргументировать сомнениями в адекватности лазерной коррекции этой зоны или вынужденной мерой в связи с отсутствием интраоперационного УЗИ. Применение лазерной коагуляции в лечении пациентов с резко выраженным варикозным расширением с тяжелыми трофическими расстройствами (С4-С6) обуславливает применение хирургических вмешательств (операция Нарата).

Цель и задачи исследования. Оценка клинической эффективности и экономической целесообразности метода лазерной коагуляции подкожных вен нижних конечностей при лечении ВРВ.

Материал и методы исследования. Проведен статистический анализ хирургического лечения 239 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, находившихся на лечении в плановом хирургическом отделении (с 2013 г. отделение краткосрочного пребывания) 10-й ГКБ г. Минска с апреля 2011 года по декабрь 2014 года. Операции выполнялись с применением лазерных технологий. Использовался аппарат «Медиола-Эндо» (ФОТЭК ЛК-50 исполнение 4) с сочетанием длин волн 1,064 и 1,34 мкм. Режим воздействия определялся двумя факторами: мощностью излучения и скоростью извлечения световода из вены. Совместно два этих фактора определяли дозу лазерного излучения, воздействующую на вены. Методом ЭВЛК обрабатывались магистральные стволы БПВ и малой подкожной вены (МПВ). Боковые расширенные ветви на бедре и голени, а также перфорантные несостоятельные вены коагулировались через проколы с туминисценцией.

Все пациенты обследовались амбулаторно по общепринятой методике. До операции в обязательном порядке выполнялась ультразвуковая диагностика: дуплексное или триплексное сканирование венозной системы нижних конечностей.

В объем оперативного лечения всегда включалась кроссэктомия. При невозможности проведения световода в ретроградном направлении, магистральная вена выделялась в области медиальной лодыжки и антеградно проводился световод до сафенофemorального сегмента. При извлечении световода подавалось импульсное излучение мощностью 30 Вт при длине волны 1,34 мкм. Скорость извлечения световода варьировала в зависимости от диаметра БПВ (по данным УЗИ) от 0,5 до 1 см в секунду. Маркированные боковые расширенные ветви и перфорантные несостоятельные вены коагулировались пункционным методом иглой 18G лазерным излучением с длиной волны 1,064 мкм с предварительно выполненной туминисценцией. В отдельных случаях при вариксах размером от 1,5 см и более выполнялось их удаление по Нарату. Относительным противопоказанием к выполнению ЭВЛК БПВ было наличие ее просвета (по данным УЗИ) более 1,1 см. В таких ситуациях выполнялась операция Бэбкокка. После операции осуществлялось

тугобинтование конечности. В ряде случаев (17 пациентов) выполнялись одномоментные операции на обеих нижних конечностях.

По данной методике выполнено 256 операций у 239 пациентов. По международной классификации СЕАР все пациенты с варикозной болезнью распределились следующим образом: 196 (82,0%) – стадия С2-С3, 36 (15,1%) – С4; 7(2,9%)– С5. Средний возраст пациентов составил $46 \pm 2,3$ года. Женщин оказалось больше 154 (64,4%). Одностороннее поражение отмечено среди 184 пациентов (77%). Все оперативные вмешательства выполнялись на следующий день после поступления. Особенностей предоперационной подготовки не было. Обезболивание – спинномозговая анестезия (СМА), в редких случаях – наркоз или местная инфильтративная анестезия.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде для обезболивания применялся кеторолак (3% – 1.0 мл, один-два раза внутримышечно. Пациентам разрешалось вставать на следующие сутки (более раннее вставание запрещалось из-за СМА). В обязательном порядке всем пациентам со дня операции назначался детралекс или нормовен, которые они должны были принимать в течение 2- месяцев.

Из ранних послеоперационных осложнений следует отметить у 6-и больных наличие экхимозов площадью до 1см^2 . Тромбозов глубоких вен, нагноений не было. Состояние всех пациентов после лазерной коагуляции вен было удовлетворительным, что позволяло переводить их на амбулаторное лечение на 2–3-и сутки после операции. Следует отметить, что среди 8 пациентов имели место сильные головные боли (последствия СМА). Средний срок пребывания пациентов в клинике составил $2,47 \pm 0,7$ койко-дней.

Среди 68 больных после лазерной коагуляции БПВ проводили ультразвуковой мониторинг на 2—5-е сутки, через 3, 6, 12 и 24. У 5 больных наступила реканализация ствола БПВ, что было связано с достаточно большим диаметром вены (более 10 мм) и недостаточной мощностью лазерной энергии (менее 20 Вт) на бедре. Эти ситуации возникали в начале нашей работы при поиске оптимального режима эндовасальной лазерной коагуляции. У 2 больных реканализацию ствола объяснить не удалось. Во всех остальных случаях при корректном проведении лазерной коагуляции происходила полная облитерация вены и уже через 10-12 месяцев последняя при проведении УЗ-исследования полностью не определялась. У 2 больных после лазерной коагуляции БПВ при диаметре более 10 мм и слабо выраженной подкожной жировой клетчатке бедра отмечались явления тромбофлебита и гиперпигментации. Явления тромбофлебита были купированы через 2 недели, а явления гиперпигментации сохранялись на протяжении 6-8 месяцев. У 7 пациентов были выявлены локальные варикозные вены, которым под местной анестезией была выполнена повторная ЛК локально измененных вен. При лазерной коагуляции БПВ

диаметром не более 8 мм не отмечено ни одного случая тромбоза или гиперпигментации. Через год при правильно проведенной ЭВЛК вена приобрела вид соединительнотканного шнура.

Выводы.

1. На сегодняшний день хирургические методы, как наиболее радикальные вмешательства, остаются безальтернативными. Однако они сопровождаются грубыми дефектами в виде кожных рубцов и частыми осложнениями, длительной временной нетрудоспособностью.

2. Приоритетными направлениями в хирургическом лечении ВРВ являются миниинвазивные технологии, при которых с наименьшим ущербом удается осуществить коррекцию нарушенного венозного кровотока со стойкими клиническими и эстетическими результатами.

3. По своей эффективности ЭВЛК и ЛК боковых ветвей и перфорантных вен сопоставима с эффективностью хирургических методик.

4. Применение лазерных технологий за счет своей минимальной инвазивности существенно расширяет возможности полноценной амбулаторной помощи пациентам с ВРВ.

5. Безусловно, что место данных методик в арсенале способов лечения ВРВ будет зависеть от отдаленных результатов, уверенности в этом как пациента, так и врача.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРИ СИНДРОМЕ «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»

Шкода М.В., Чур Н.Н., Кондратенко Г.Г., Жих О.В., Михайлова Н.М.

УО БГМУ, 10 ГКБ, Минск, Республика Беларусь

Введение. Сахарный диабет (СД) – сложная медико-социальная проблема. Смертность от него в различных странах мира занимает третье место после сердечнососудистых и онкологических заболеваний.

Синдром диабетической стопы (СДС) – инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей стопы, связанная с неврологическими нарушениями и/или снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести.

Распространенность СДС среди пациентов страдающих СД составляет в среднем 4-10%, при этом на их долю приходится 40-60% всех высоких ампутаций нижних конечностей нетравматического генеза. В 85% случаев ампутациям предшествуют язвенные дефекты стоп и гангренозные изменения. В большинстве случаев ампутации выполняются при сочетании ишемии и инфекции, то есть при нейроишемической форме СДС. Высокие

ампутации конечностей относятся к трудно переносимыми пациентами вмешательствам. Об этом красноречиво говорят мировые статистические данные о послеоперационной летальности. Так, в ближайшие 3 недели она составляет 22%, в течении 1 года – 11-41%, до 3-х лет – 20-50% и 5-и – 39-60%. Более 50% пациентов с ампутацией подвергаются контралатеральной ампутации в течение 4 лет.

Одним из основных факторов развития нейроишемической формы СДС является поражение периферических артерий, что служит причиной развития критической ишемии нижних конечностей (КИНК). При этом, клиническими проявлениями являются: выраженный болевой синдром и/или ишемические язвенные дефекты, либо акральные некрозы, гангрена.

Цель: определить эффективность реваскуляризирующих операций при лечении пациентов с КИНК при нейроишемической форме СДС.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 262 пациентов с СДС, проходивших лечение в городском центре Диабетической стопы на базе 10 ГКБ г.Минска с 2013 по 2014гг. У подавляющего числа больных был СД второго типа (89%). Возраст больных — от 36 до 84 лет, средний возраст составил 67 лет. Среди пациентов было 152 мужчин (58%) и 110 женщин (42%). Раневые дефекты отмечены у всех пациентов, которые возникали в сроки от 2-х до 4-х месяцев. Они были следующими: ишемические трофические язвы – 104 (39,7%); гангрена одного или нескольких пальцев – 109 (41,6%); гнойно-некротические флегмоны стопы – 21 (8,0%); гангрена дистального отдела стопы – 28(10,7%).

Следует отметить, что изолированное локальное поражение стоп при КИНК встречались только у 33 пациентов (15,8%). Среди остальных отмечались сочетанные выше указанные локальные поражения.

В первую очередь все пациенты при поступлении осматривались эндокринологом, а при необходимости – кардиологом; выполнялись рентгенографии стоп в двух проекциях, а также общеклинические обследования: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, определялся гликозилированный гемоглобин, профиль глюкозы крови. В перевязочном кабинете производилась хирургическая обработка ран, определялся микробный состав раны и их чувствительность к антибиотикам. Оценка степени хронической артериальной недостаточности (ХАН) производилась на основании осмотра нижних конечностей, анализе жалоб, определения пульсации периферических артерий и инструментальных методов: ультразвукового исследования артерий (УЗДГ) и контрастной ангиографии. При УЗДГ определялись диаметр артерий, локализация и степень стеноза, характеристики кровотока – магистральный, магистрально-измененный, коллатеральный (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный). Оценивалась пригодность для реконструкции большой подкожной вены. На основании рентгенконтрастной брюшной

ангиографии с периферией определялись уровни стенозов и окклюзий артерий, изучались состояния путей притока и оттока крови. Все это позволяло сделать вывод о целесообразности и возможности выполнения того или иного метода оперативного лечения.

Среди всех пациентов отмечалось многоуровневое поражение артериальной системы конечности окклюзионно-стенотическим поражением, включая аорту, подвздошные, бедренные (общая, поверхностная и глубокая), подколенная, артерии голени (передняя и задняя большеберцовые, межкостная). Степень ишемии конечностей по Фонтейн-Покровскому в основном была IV – 193 (73,7%), а III – 26,3%.

На основании клинического обследования определялась дальнейшая тактика лечения. Из 262 пациентов у 61 (23,3%) проводилась медикаментозная терапия, а остальные (201) были оперированы. Отказ от реваскуляризации был обусловлен: влажной гангреной стопы с переходом на голень (10), отсутствие путей оттока артериальной крови (24), наличие сопутствующей патологии со стороны сердца, почек, головного мозга (12) и отказ пациентов от оперативного вмешательства (15).

С целью реваскуляризации конечностей применялись следующие методики: рентгенэндоваскулярные вмешательства – 112 (55,7%); только хирургическая реваскуляризация – у 56 пациентов (27,9%); гибридные технологии (хирургическая реваскуляризация в сочетании с рентгенэндоваскулярными вмешательствами) – в 33 (16,4%) случаях.

При наличии гнойно-воспалительных осложнений с некротическими поражениями вначале выполнялись вскрытие и некрэктомия, а затем – реваскуляризация. В ситуациях с ишемическими поражениями (сухие некрозы) на стопах очередность оперативных вмешательств была иная: реваскуляризация конечности, а после стабилизации кровообращения (через 2-3 недели) – некрэктомия, „малые” ампутации, укрытия раневых дефектов. Первоочередность выполнения хирургической реваскуляризации или эндоваскулярного вмешательства была примерно одинакова и принципиального значения не имела.

Результаты и их обсуждение. Рентгенэндоваскулярные вмешательства. Эти современные высокоэффективные малотравматичные технологии реваскуляризации находят все большее распространение, связанные со стремительным ростом ангиографической техники. Они производились после решения вопроса о выборе метода лечения. При этом учитывались: результаты предоперационного обследования, которые рассматривались применительно к риску реконструктивной хирургической операции; меньшая долговечность эндоваскулярных вмешательств; более высокая ограниченность их применения. Принимались во внимание и серьезные недостатки метода реваскуляризации: высокая стоимость расходных материалов; множественные протяженные разноуровневые окклюзии, что

исключало применение метода; медиакальциноз Менкенберга артерий; риск развития рестенозов и тромбозов. Таким образом, кроме положительных сторон применение их имеет и свои большие ограничения.

Результаты рентгенэндоваскулярных вмешательств оценивались в зависимости от восстанавливаемых сегментов: аорто-подвздошных, бедренно-подколенных и берцовых с целью купирования проявлений критической ишемии. Всего было выполнено: только ангиопластика – 29; ангиопластика со стентированием – 83, при этом по два стента было установлено 20 пациентам.

Сразу же следует оговориться, что непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств – баллонная ангиопластика со стентированием, или без него, выполненных по поводу стенозов, оказались лучше, чем при окклюзиях.

При аорто-подвздошных сегментах технический успех ангиопластики при стенозах приближался к 94%, а при окклюзионном поражении – к 83%. Через год клинический успех наблюдался в 84% и 68% соответственно.

Протяженность атеросклеротического поражения оказывала негативный эффект на результаты лечения, что особенно проявлялось при баллонной ангиопластике бедренно-подколенного сегмента. Технический и клинический успех составил 90,9%. При этом проходимость восстановленных артерий через год отмечена у 26% после ангиопластики и среди 74, 3% пациентов – после стентирования.

При ангиопластике берцовых артерий основным критерием было состояние путей оттока, и выполнялись они с целью спасения конечностей. Из всех оперированных пациентов технический успех имел место среди 86%, конечность удалось сохранить в течение года наблюдения у 76,3%.

Всего в послеоперационном и отдаленном периодах было выполнено 12 (10,7%) высоких ампутаций конечностей.

Хирургическая реваскуляризация. Таких вмешательств было осуществлено 56. Выполнялись следующие реконструктивно-восстановительные операции на артериях: эндартерэктомии – 4; протезирование бифуркации аорты – 5; подвздошно-бедренное шунтирование – 5; аутовенозное бедренно-бедренное или подколенное шунтирование – 18; аутовенозное бедренно-берцовое шунтирование (передняя и задняя большеберцовая, межкостная) – 16; бедренно-педальное шунтирование – 8. Естественно, что оперативное лечение всегда сопровождалось и медикаментозным. По стабилизации кровотока (15-20 суток) при необходимости выполнялись „малые” ампутации на фоне установившегося артериального кровотока и высоких показателей насыщения тканей кислородом (49 пациентов). Исключением являлись гнойно-некротические флегмоны стопы, вскрытие и некрэктомии которых производились до реваскуляризации (5 пациентов). Из всех оперированных

пациентов конечности удалось сохранить в 50 случаях (89,3%). Умерло 2 (3,6%) пациента от инфаркта миокарда и массивного желудочно-кишечного кровотечения. В отдаленном периоде выполнены еще две высокие ампутации конечностей. Таким образом, на протяжении 2-х лет наблюдений всего было выполнено 8 высоких ампутаций, что составило 14,3%.

Хирургическая реваскуляризация в сочетании с рентгенэндоваскулярными вмешательствами (гибридные операции). Основной задачей было сохранение конечности и жизни пациента. Неправильно выбранная тактика могла привести к утрате конечности, а в наиболее тяжелых случаях и к летальному исходу.

Нами применялись проксимальные (ангиопластика со стентированием приводящих артерий и шунтирование путей оттока на голени или стопе) гибридные операции. Во всех случаях реваскуляризации пораженной конечности учитывалось: количество вовлеченных в патологический процесс артерий; состояние плантарной дуги; наличие пригодной для шунтирования подкожной вены; объем пораженной ткани. В связи с тем, что дорзальные артерии в гораздо меньшей степени подвергались медиакальцинозу Менкеберга чем тибциальные, более часто выполнялись шунтирования а. dorsalis pedis – 25. Стопные и окололодыжечные шунты были наложены в 8-х случаях.

После стабилизации артериального кровотока выполнялись необходимые малые ампутации и укрытия раневых дефектов – 18 (54,5%). Из всех оперированных пациентов конечности удалось сохранить в 29 случаях (87,9%). В течение года наблюдения выполнена еще одна высокая ампутация конечности. Летальных исходов не было.

Количество послеоперационных осложнений было различным при каждом из этих методов вмешательств и находились в пределах от 2,5 до 6,7%.

Подводя итог исследования можно отметить, что из всего количества оперированных (201) удалось сохранить конечности у 87,6% пациентов (176). Для сравнения: из 61 пациентов, которым проводилось только медикаментозное лечение количество высоких ампутаций составило 26 (42,6%).

Выводы.

1. При нейроишемической форме СДС хирургическая тактика лечения должна строиться в соответствии с характером поражения сосудов и состоянием путей притока и оттока в дистальном русле, объемом гнойно-некротического поражения костей и мягких тканей стопы. Наличие дистального ограниченного некротического поражения не является противопоказанием к выполнению оперативного вмешательства.

2. Хирургическая тактика при купировании проявлений критической ишемии должна быть активной превалирующей, так как позволяет сохранить конечности в 87,9%.

3. Консервативная терапия является малоэффективной и обуславливает большое количество высоких ампутаций, выполняемых в течение года (42,6%).

4. Гибридный метод целесообразно применять у самой тяжелой категории поражения (тип С и D по классификации TASC).

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*С.Г.Шорох, Ю.П.Козик, В.В.Седун, Л.В.Тарасик, Д.Д.Можжако,
Д.В.Хваленов*

*Кафедра неотложной хирургии БелМАПО
Городской центр гастроуденальных кровотечений, УЗ «10 ГКБ», г.
Минск*

Осложнения желчнокаменной болезни, вызывающие нарушения транзита желчи в двенадцатиперстную кишку, в настоящее время остаются достаточно сложной диагностической и лечебно-тактической проблемой. Особую актуальность они приобретают у больных с острым холециститом, нуждающихся в обязательном оперативном лечении.

За период с 2005 по 2008 гг. в клинике прооперировано 1230 пациентов с острым холециститом, госпитализированных по экстренным показаниям. Из них у 746 (60%) выполнена лапароскопическая холецистэктомия, у 484 (40%) – традиционная открытая холецистэктомия. Комплекс рутинных лечебно-диагностических мероприятий (УЗИ и клиничко-лабораторные методы) дооперационного периода не позволил подтвердить беспрепятственный транзит желчи по билиарной системе у 317 пациентов. Это потребовало дополнительных методов исследования: у 291 пациента – эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и у 39 – эндосонографии. Эти виды эндодиагностики позволили выявить патологию билиарного тракта у 236 (19,3%) пациентов с острым холециститом. Посредством ЭРХПГ патология диагностирована в 201 случае, эндосонографии – в 35. Оба эти метода входят в стандарт исследований гепатобилиарной зоны.

Наиболее частым фактором нарушения пассажа желчи является холедохолитиаз – 48%, реже папиллостеноз – 7% и стриктура дистального отдела холедоха – 16%. В 19% случаев эти причины сочетались.

В 23% всего холедохолититаза имело место проявление его атипичных форм: отсутствие выраженного болевого синдрома, билирубинемии, сдвига лейкоцитарной формулы влево, наличие субфебрильной температуры. В 26,7% случаев холедохолититаза диаметр холедоха не превышал 7 мм.

После выявления холедохолититаза и отсутствии противопоказаний, было дифференцировано выполнено 148 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ), из них: первичных – 77%, этапных – 23%. В 86 случаях после рассечения БДС выполнялась холедохолитоэкстракция, у 37 больных литоэкстракции предшествовала механическая литотрипсия. В 95 случаях после ЭПСТ проводился лаваж, в 9 случаях – назобилиарное дренирование и в 7 – стентирование холедоха.

После удаления камней из холедоха и этапных ЭПСТ, для контроля эффективности выполнялась динамическая ЭРХПГ (32%) и эндосонография (4%).

Таким образом, в результате применения сочетанной эндоскопической папиллотомии (одномоментной и этапной) с последующими механической холедохолитотрипсией, литоэкстракцией, а также при отхождении конкрементов вместе с поступающей желчью, в 63% случаев нами отмечено успешное восстановление пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. Это позволило выполнить в данной группе больных с острым холециститом холецистэктомию без билиодигестивного анастомоза.

Выводы: Эндоскопические методы диагностики и малоинвазивные внутрисветовые операции на большом дуоденальном сосочке и гепатикохоледохе в настоящее время занимают ведущую роль в комплексе методов восстановления пассажа желчи по магистральным протокам при остром холецистите.

ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Шорох С.Г., Седун В.В., Тарасик Л.В., Неверов П.С.

Кафедра неотложной хирургии БелМАПО, УЗ «10-я ГКБ», г. Минск

ВВЕДЕНИЕ. В последние десятилетия наступила эра лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), которая благодаря меньшей травматичности и лучшей переносимости явилась настоящей альтернативой открытой холецистэктомии (ОХЭ). Процент ЛХЭ при остром холецистите (ОХ) значительно растет: 1988 г. – 2,7%, 1993 г. – 18%, 1997 г. – 83,3%, 2010г. – 87,1%. В то же время увеличение числа ЛХЭ по поводу ОХ привело к увеличению переходов от лапароскопической к ОХЭ. По данным одних авторов число переходов колеблется в пределах 9-17%, по данным других

достигает 23%. Наиболее часто переход от ЛХЭ к ОХЭ наблюдается у больных, оперируемых по поводу ОХ позднее 72 часов от начала заболевания. К сожалению, поздняя обращаемость в стационар в последние годы не опускается ниже отметки в 38% от общего числа больных с ОХ. Неудачная попытка ЛХЭ и переход к ОХЭ связаны в первую очередь с изменением топографо-анатомических взаимоотношений протоковых и сосудистых структур и высокой кровоточивостью тканей в результате воспаления. Вследствие этих особенностей резко возрастает риск ятрогенной травмы в ходе операции. Даже признанные центры эндоскопической хирургии, в частности Университетская клиника штата Коннектикут (США), отмечают, что до 89% интраоперационных повреждений холедоха происходит при операциях по поводу ОХ, причем у 50% больных повреждение холедоха не диагностируется в ходе операций.

Вторая причина перехода от ЛХЭ к ОХЭ: выявление в ходе операции не диагностированных ранее осложнений ЖКБ – билиарной гипертензии из-за холедохолитиаза и других причин. При нераспознавании этих осложнений в ходе операций они отяжеляют ранний послеоперационный период. Основным методом обследования пациентов с ОХ является УЗИ. Его достоверность при выявлении калькулеза желчного пузыря и протоков у больных с ОХ значительно отличается. Если холецистолитиаз выявляется у 76-89% пациентов, то холедохолитиаз – только у 23-39%. А такие осложнения ОХ, как стеноз большого дуоденального сосочка, стриктура дистального отдела холедоха, холангит, в ходе УЗИ диагностируются крайне редко. Считаем, что многие из этих осложнений можно выявить и своевременно скоррегировать патологию желчевыводящих протоков, если ЛХЭ предшествуют эндоскопические мининвазивные вмешательства.

ЦЕЛЬ. Показать возможности и обоснованность этапного эндохирургического лечения пациентов с ОХ при наличии патологии билиарной системы, нарушающей пассаж желчи в 12-перстную кишку.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу ОХ в хирургических отделениях УЗ «10-я ГКБ» г. Минска за 3-х летний период.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Эндохирургическим методом за указанный период времени оперировано 1160 пациентов, в среднем 387 в год. Эндохирургический вариант оперативного вмешательства выбран у 81% оперированных больных ОХ. Из 387, оперированных лапароскопически, у 312 операция была одноэтапной, у 75 – двухэтапной. При двухэтапной тактике лечения ЛХЭ предшествовали эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке и желчевыводящих протоках. Проведено 75 первичных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) и 11 – контрольных. Для восстановления проходимости выполнено 52 эндоскопические папиллосфинктеротомии, 19 механических литотрипсий,

32 холедохолитоэкстракции, у 43 пациентов удаление конкрементов дополнено ревизией холедоха и его лаважем. В 3 случаях при нерасширенном желчном протоке холедохолитоэкстракции предшествовала баллонная дилатация холедоха. Для определения достаточности проходимости желчных протоков и завершенности литоэкстракции в 27 случаях вместо контрольной ЭРХПГ выполнена эндосонография. В послеоперационном периоде осложнений со стороны желчевыводящих путей не наблюдалось.

ВЫВОДЫ. 1) ЛХЭ является наиболее распространенным (81%) методом лечения больных острым холециститом. 2) При остром холецистите у 19% пациентов выявлены нарушения оттока желчи в 12-перстную кишку, все они были устранены эндохирургическими вмешательствами. 3) Рациональное использование эндоскопических методов коррекции патологии желчевыводящих путей позволяет завершить лечение выполнением малотравматичной ЛХЭ.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭЗОФАГОГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Якута И.С., Завада Н.В., Тарасик Л.В.

*УЗ «10-я ГКБ», г. Минск, Республика Беларусь,
ГУО «БелМАПО», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Совершенствование навыков лапароскопической техники с использованием современных эндовидеосистем, методов эндоскопического гемостаза, сшивающих эндоаппаратов позволило значительно расширить возможности лапароскопической хирургии в лечении пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Вместе с тем, многие аспекты данной проблемы не решены и в настоящее время.

Цель. Оценить эффективность применения лапароскопических технологий в лечении пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями.

Материалы и методы: С ноября 2005 по март 2014 года в Минском городском центре желудочно-кишечных кровотечений эндовидеохирургические операции при гастроинтестинальных кровотечениях выполнены у 153 пациентов в возрасте от 21 до 72 лет. Мужчин было 92 (60,1%), женщин – 61 (39,9%). При поступлении в центр кровопотеря тяжелой степени имела место у 15 (9,8%) больных, средней степени тяжести у 58 (37,9%) и легкой степени – у 80 (52,3%) пациентов.

Источником кровотечения при эндоскопическом исследовании у 17 (11,1%) пациентов была язва тела желудка медиогастральной локализации; у 25 (16,3%) – хроническая язва двенадцатиперстной кишки; у 102 (66,7%) -

эрозии и язвы кардиоэзофагеальной зоны при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), обусловленной грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД); у 4 (2,6%) - полипы желудка, у 2 (1,3%) - изъязвленная фиброаденома антрального отдела желудка. У 3 (1,96%) больных с тонкокишечным кровотечением показания к оперативному лечению определялись после КТ-диагностики.

Лапароскопическая резекция тощей кишки выполнена пациентке с лейомиомой. Лапароскопическая резекция подвздошной кишки произведена у 2 (1,3%) пациентов (при ангиоматозе и при экстрагенитальном эндометриозе с поражением подвздошной кишки).

После достижения эндоскопического гемостаза и проведения предоперационной подготовки, скрининг-обследования (R-исследование, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопический контроль, подтверждающий эффективность гемостаза) 17 (11,1%) пациентов с язвенной болезнью желудка оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения при стабильных гематологических и гемодинамических показателях. Лапароскопически ассистированная резекция желудка по Б-1 выполнена 2 (1,3%) больным; и 15 (9,8%) – лапароскопический вариант пилоросохраняющей медиогастральной резекции желудка по принятой в клинике методике (патент РФ № 11969). Размеры язв колебались от 1 см до 3 см. У 8 (5,2%) пациентов кровотечения сочеталось с обширной пенетрацией язв в малый сальник и поджелудочную железу.

Лапароскопическое иссечение кровоточащей язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки с мостовидной дуоденопластикой, селективной проксимальной ваготомией (СПВ) и фундопликацией по Nissen произведено 2 (1,3%) пациентам. 23 (15,0%) больным с длительным язвенным анамнезом и рецидивным кровотечением после достижения эндоскопического гемостаза и проведения интенсивного курса противоязвенной и гемостатической терапии с эндоскопически подтвержденной эпителизацией язвенного дефекта, при гиперацидности и отсутствии рубцовой деформации дуоденальной стенки произведена изолированная СПВ с фундопликацией по Nissen (16 пациентов) и по Черноусову (7 пациентов).

Полип передней стенки желудка на широком основании явился источником кровотечения у 4 (2,6%) пациентов, которым выполнена лапароскопическая гастротомия с иссечением полипа. У 2 больных после достижения эффективного эндоскопического гемостаза и точной морфологической верификации произведено лапароскопическое удаление фиброаденомы передней стенки антрального отдела желудка и ушивание гастротомического отверстия отдельными эндощавами.

У 102 (66,7%) пациентов показанием к эндовидеохирургическому лечению стала осложненная кровотечением ГЭРБ, обусловленная ГПОД. После эпителизации язвенных дефектов задняя кривизна в сочетании с

двусторонней фундопликацией по Toupet выполнена 54 (35,3%) больным. Лапароскопическая задняя круорофия с фундопликацией по Nissen произведена 36 (23,5%) пациентам, которая у 3 больных дополнялась СПВ. У 12 (7,8%) пациентов лапароскопическая фундопликация выполнялась по принятой в клинике оригинальной методике. У 18 (11,8%) больных оперативные вмешательства сочетались с лапароскопической холецистэктомией и у 1 пациентки с лапароскопической атипичной резекцией левой доли печени с гемангиомой.

Результаты и обсуждение. Летальные исходы и интраоперационные осложнения отсутствовали. В раннем послеоперационном периоде после лапароскопических резекций желудка у 2 пациентов отмечены явления анастомозита и у 1 больного пилороспазм, которые быстро купировались консервативно. После лапароскопических антирефлюксных операций у 9 (5,9%) больных наблюдалась кратковременная дисфагия. Осложнений, потребовавших релапароскопию, не было. Отмечено отсутствие рецидива язвенной болезни, патологических рефлюксов, нормализация кислотопродукции, обеспечение удовлетворительной моторно-эвакуаторной функции желудка.

Выводы. Несмотря на определенную сложность выполнения, эндовидеолапароскопические операции при желудочно-кишечных кровотечениях являются эффективными, безопасными и отвечают всем критериям малоинвазивных оперативных вмешательств.

РАЗДЕЛ 3. ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Алексейчик С.Е.¹, Панкратова Ю.Ю.¹, Гончарик Т.А.¹, Протасевич Д.В.²,
Крючкова А.М.², Семак В.Н.², Алексейчик Д.С.³*

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «10-я городская клиническая больница»

³УЗ «3-я центральная клиническая поликлиника»
г. Минск, Республика Беларусь

Холестерин - ключевая молекула метаболизма, которая обладает выраженным структурно-регуляторным потенциалом. Холестерин является основным компонентом плазматических мембран клеток, обеспечивая механическую прочность, жидкостное состояние липидов мембран, проницаемость мембран для ионов и метаболитов. Кроме того, холестерин является предшественником желчных кислот, стероидных гормонов (глюко- и минералокортикоидов, мужских и женских половых гормонов), витамина D3[1].

В современном научном мире сложились диаметрально противоположные точки зрения на безопасный уровень концентрации общего холестерина в кровотоке. Согласно классическим представлениям, повышенное содержание в крови холестерина являются важнейшим фактором риска атеросклероза и патогенетически связанных с ним заболеваний сердечно-сосудистой системы. Самый низкий уровень смертности от ИБС наблюдается при концентрации общего холестерина ниже 5,2 ммоль/л [2]. Однако, существует тесная связь между липидтранспортной и иммунной системой организма. А для оптимального функционирования иммунной системы уровень общего холестерина должен быть в пределах 6,0-6,5 ммоль/л [3]. Так, было установлено, что снижение концентрации общего холестерина ниже 3,9 ммоль/л ведёт к уменьшению уровня субпопуляции Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+) у здоровых мужчин [4]. Сходные результаты были получены при обследовании 42 детей, получавших гиполипидемическую диету в течение 6 месяцев [4].

Молекулы холестерина не только являются основными структурными компонентом клеточных мембран, но и определяют функции трансмембранных ферментов, участвуют в процессах фагоцитоза и клеточного роста [5]. Drabowsky с соавт. [6] указывают, что высокое содержание холестерина в мембранах лимфоцитов необходимо для

осуществления ими цитотоксических функций. В опубликованной работе Gatfield с соавт. [7] показывают неспособность макрофагов к фагоцитозу микобактерий при нехватке холестерина.

Chien J.Y. с соавт. [8] определяли липидный спектр крови у пациентов с тяжёлым сепсисом. Пациенты, умершие от сепсиса в течение 30 дней, в сравнении с выжившими, имели достоверно более низкий уровень ЛПВП в первые 4 дня заболевания. Пациенты, у которых в 1 день заболевания уровень ЛПВП был ниже 0,52 ммоль/л были значительно больше подвержены риску внутрибольничных инфекций. Сходные данные приводит Guo Q [9], указывая, что ЛПВП участвуют в регуляции воспалительного ответа организма, и при достаточной концентрации снижают смертность при септических состояниях. Rodríguez-Sanz A [10] отмечает, что концентрация ЛПВП ≤ 1 ммоль/л снижает частоту возникновения инфекционных осложнений у пациентов с инфарктом мозга. Delgado-Rodríguez M приводит данные, свидетельствующие о том, что низкий уровень ЛПВП является предиктором возникновения нозокомиальных инфекций и внутрибольничной смертности.

Гипохолестеринемия также встречается при тяжёлых травмах. Dunham С.М. исследовали состояние липидтранспортной системы при различных травматических состояниях. Чаще всего гипохолестеринемия встречается при травмах грудной клетки, реже – при травмах головы. Также было установлено, что низкий уровень общего холестерина связан с развитием вентилятор-ассоциированной пневмонии. М.Ж. Míguezetalл приходят к заключению, что гипохолестеринемия, наряду с курением и употреблением алкоголя, должна являться фактором риска развития заболеваний респираторного тракта.

Цель: определить уровень общего холестерина у пациентов с внебольничной пневмонией в зависимости от степени тяжести и наличия сопутствующей патологии, установить возможность использования гипохолестеринемии, как независимого фактора тяжести заболевания.

Материал и методы:

Для выполнения поставленной цели был проведён анализ 303 стационарных карт пациентов с внебольничной пневмонией, находившихся на лечении в пульмонологических отделениях 10 ГКБ в период с 01.01.14 по 31.12.14 года. В качестве групп контроля было проанализировано 128 стационарных карт пациентов с ишемической болезнью сердца, находившихся на лечении в кардиологических отделениях и 148 стационарных карт практически здоровых пациентов, находившихся на обследовании в аллергологическом отделении 10 ГКБ в период с 01.01.14 по 31.12.14 года.

Было сформировано 3 группы наблюдения: 1) пациенты с внебольничной пневмонией, 2) пациенты с ИБС, 3) практически здоровые пациенты.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе мы проанализировали основные показатели 1 группы:

Табл.1 –Общая характеристика группы

Критерий	Группа «пневмонии»
Число пациентов	303
Критерии подбора группы	- наличие внебольничной пневмонии - включение независимо от наличия ИБС и АГ - отсутствия приёма статинов
Пол: - мужской - женский	156 (51,49%; 95% CI 45,87-57,06) 147(48,51%; 95% CI 42,94-54,13)
Возраст: Ме (25%-75%;IQR)	57,0 (35,0-65,0; 30,0)
Общий холестерин (ммоль/л): Ме (25%-75%;IQR)	4,51 (3,91-5,49; 1,58)
Кол-во пациентов - гипохол ($\leq 3,6$ ммоль/л) -нормо- и гиперхолестеринемия	49 (16,17%; 95% CI 12,45-20,74) 254 (83,83%; 95% CI 79,26-87,55)
ВБП - тяжёлое течение - лёгкое и ср ст тяж	24 (7,92%; 95% CI 5,38-11,51) 279 (92,08%; 95% CI 88,49-94,62)
Сопутствующая патология - без патологии - ИБС+АГ	133 (43,89%; 95% CI 38,42-49,52) 170 (56,11%; 95% CI 50,48-61,58)

Далее, мы рассчитали шансы иметь тяжёлую пневмонию при наличии сопутствующей гипохолестеринемии (таблица 2):

Табл.2 – Расчёт показателей

	Тяжёлая пневмония	Нетяжёлая пневмония	Итого
Гипохолестеринемия ($\leq 3,6$ ммоль/л)	A=20	B=29	49
Нормо- и гиперхолестеринемия	C=4	D=250	254

($\geq 3,7$ ммоль/л)			
Odds ratio	43,1		
95% CI	13,781-134,817		
z statistic	6,496		
Significance level	P < 0,0001		

Шанс иметь тяжёлую пневмонию при наличии гипохолестеринемии возрастает в 43,1 раза.

У пациентов, имеющих ИБС+АГ уровень холестерина изначально выше, чем у пациентов без данной патологии, поэтому всю группу пневмоний разделили на подгруппы в зависимости от наличия и отсутствия данной патологии пациенты с внебольничной пневмонией+ИБС; пациенты с внебольничной пневмонией без ИБС. В качестве групп контроля мы взяли практически здоровых пациентов для группы внебольничной пневмонией без ИБС, и пациентов из кардиологических отделений 10 ГКБ с ИБС без бактериальной патологии для группы внебольничных пневмоний+ИБС.

Обе группы являются репрезентативными, сопоставимыми по возрасту и полу. При наличии бактериальной патологии отмечается достоверное снижение уровня общего холестерина. Таким образом, шансы иметь тяжёлую пневмонию у пациентов с ИБС+АГ возрастают в 67,8333 раза при наличии гипохолестеринемии.

Выводы:

У пациентов с внебольничной пневмонией наблюдается статистически значимое снижение уровня общего холестерина во время заболевания.

У пациентов с ВБП без сопутствующей патологии шанс развития тяжёлой пневмонии при наличии гипохолестеринемии возрастает в 43,71 (95% CI 5,254-363,73; P < 0,0005)

У пациентов с ВБП и ИБС шанс развития тяжёлой пневмонии при наличии гипохолестеринемии возрастает в 67,83 раза (95% CI 15,73-292,5205; P < 0,0001)

у пациентов с ИБС, при наличии гипохолестеринемии увеличивается шанс развития тяжёлой пневмонии в 1,64 раза (67,83/43,71) больше, чем при развитии тяжёлой пневмонии на фоне изначально нормального уровня холестерина.

Гипохолестеринемия может использоваться как прогностический показатель тяжести течения заболевания с бактериальной патологией.

Литература

1. Биохимия человека в 2-х томах / Марри Р. [и др.] – Москва: Мир 1993 г. - 803 с.

2. Лескол и коронарный атеросклероз: по результатам трёх контролируемых исследований (LCAS, FLARE, LIPS) / А.В. Сусеков [и др.] // Международный медицинский журнал. 2002. №3. С. 225-232.
3. Чиркин, А.А. Диагностика, лечение и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / А.А. Чиркин, В.В. Шварёнок, Э.А. Доценко. – Минск: ОДО «Триолета», 2003. – 400 с.
4. Immune system differences in men with hypo- or hypercholesterolemia / M.F. Muldoon [et al.]; Clin. Immunol.Immunopathol. – 1997. – P. 145-149.
5. Pathway profiling in Mycobacterium tuberculosis: elucidation of cholesterol-derived catabolite and enzymes that catalyze its metabolism / S.T. Thomas [et al.]; J Biol Chem. – 2011. – Vol. 286(51).
6. Plasma membrane cholesterol regulates human lymphocyte cytotoxic function / M.P. Drabowsky[et al.]; Eur. J.Immunol. – 1980. – Vol. 10 – P. 821–827
7. Essential role for cholesterol in entry of mycobacteria into macrophages / J.Gatfield[et al.]; Science. – Vol. 288 – P. 1647–1650.
8. Low serum level of high-density lipoprotein cholesterol is a poor prognostic factor for severe sepsis / J.Y. Chien [et al.];Crit Care Med. – 2005. – Vol. 33(8) – P. 1688-93.
9. Progress of anti-infection of high density lipoprotein / Q. Guo [et al.]; Dep. of Clin. Lab. – 2013. – Vol. 38(9) – P. 954-8
10. High-density lipoprotein: a novel marker for risk of in-hospital infection in acute ischemic stroke patients? / A. Rodríguez-Sanz [et al.]; Cerebrovasc Dis. – 2013. – Vol. 35(3) – P. 291-7

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

*Артишевская Н.И.¹, Головки Т.Г.², Протасевич Д.В.³, Кручина Н.А.²,
Раевнева Т.Г.¹*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

УЗ «11 городская клиническая больница»²

УЗ «10 городская клиническая больница»³

Г. Минск

Интерес исследователей к системным васкулитам (СВ) в последние годы существенно возрос в связи с совершенствованием диагностики этих заболеваний, разработкой дифференцированных схем лечения, что обусловило увеличение продолжительности жизни пациентов. В мировой литературе появилось большое количество публикаций, в которых приводятся наблюдения десятков пациентов с отдельными формами системных васкулитов.

Традиционно впервые описанные заболевания назывались по имени автора (авторов), т.е. являлись эпонимами. Американская коллегия ревматологов (American College of the Rheumatology – ACR), Американское нефрологическое общество, Европейская лига ревматологов (European League Against Rheumatism – EULAR) и 2-я международная согласительная конференция в Чэпел Хилл (CHCC2012) рекомендовали постепенный переход от «уважаемых эпонимов» в названии заболеваний к болезнеописательной или включающей этиологию номенклатуре [1].

Согласно классификации J. Lie [2] васкулиты подразделяются по калибру пораженных сосудов: крупных, средних и мелких. В 2009 году EULAR, сохранив принцип градации васкулитов в зависимости от размеров пораженных сосудов, дала их определение, а так же опубликовала рекомендации по оценке, исследованию и мониторингу больных васкулитами мелких, средних и крупных сосудов [3].

Системные васкулиты относятся к числу относительно редких заболеваний, но в последнее время отмечается тенденция к увеличению их распространенности. Вопросы диагностики и лечения их традиционно рассматриваются ведущими экспертами на проводимых в Чэпел Хилл (Chapel Hill, США) согласительных конференциях, начиная с 1994 года. В 2012 году, основываясь на результатах масштабной подготовительной работы, такая согласительная конференция утвердила современную классификацию системных васкулитов. В сравнении с классификацией 1994 года сохранился анатомический принцип подразделения заболеваний. По возможности учтены особенности иммунных механизмов, включены дополнительные категории системных васкулитов, уточнены определения нозологических форм. В соответствии с номенклатурой системных васкулитов ниже даны определения отдельных нозологических форм [4].

Васкулиты крупных сосудов представлены:

Васкулитом Такаясу: артериит, часто гранулематозный, с преимущественным поражением аорты и/или ее главных ветвей. Как правило, развивается у пациентов моложе 50 лет.

Гигантоклеточный артериит: Артериит, часто гранулематозный с поражением аорты и/или ее главных ветвей, преимущественно сонной и позвоночной артерий, с частым поражением височной артерии. Как правило, развивается у пациентов старше 50 лет и часто сочетается с ревматической полимиалгией.

Васкулиты средних сосудов:

Узелковый полиартериит: Некротизирующий артериит с преимущественным поражением артерий среднего и мелкого калибра, протекающий без гломерулонефрита или васкулита артериол, капилляров, венул и не ассоциированный с АНЦА.

Болезнь Kawasaki: Артериит преимущественно средних и мелких артерий, сочетающийся с синдромом поражения кожи, слизистых оболочек и лимфатических узлов. Часто поражаются коронарные артерии. Обычно встречается у детей.

Васкулиты мелких сосудов:

Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА)-ассоциированный васкулит: Некротизирующий васкулит в отсутствие (или с небольшим количеством) иммунных депозитов, с преимущественным поражением мелких сосудов (капилляров, венул, артериол и мелких артерий), ассоциированный с антителами к миелопероксидазе или протеиназе-3.

Микроскопический полиангиит: Некротизирующий васкулит в отсутствие (или с небольшим количеством) иммунных депозитов с преимущественным поражением мелких сосудов (капилляров, венул, артериол). Могут поражаться артерии мелкого и среднего калибра. Типично развитие некротизирующего гломерулонефрита. Часто присоединяется геморрагический альвеолит. Отсутствует гранулематозное воспаление.

Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера): Некротизирующее гранулематозное воспаление с вовлечением верхних и нижних дыхательных путей и некротизирующий васкулит преимущественно сосудов мелкого и среднего калибра (капилляров, венул, артериол, артерий и вен). Часто развивается некротизирующий гломерулонефрит.

Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом: Эозинофильное и гранулематозное воспаление с частым вовлечением респираторного тракта и некротизирующий васкулит преимущественно сосудов мелкого и среднего калибра. Ассоциируется с бронхиальной астмой и эозинофилией. АНЦА наиболее часто определяют при наличии гломерулонефрита.

Имунокомплексный васкулит: Васкулит с умеренными или выраженными депозитами иммуноглобулинов и/или компонентов комплемента в сосудистой стенке, главным образом мелких сосудов (капилляров, венул, артериол и мелких артерий). Часто наблюдается гломерулонефрит.

Заболевания, ассоциированные с антителами к базальной мембране клубочков (БМК): Васкулит, поражающий капилляры клубочков и/или легочные капилляры с депозитами анти-БМК на базальной мембране клубочков. Поражение легких сопровождается легочным кровотечением. Поражение почек проявляется гломерулонефритом с полулуниями.

Криоглобулинемический васкулит: Васкулит с криоглобулинемическими иммунными депозитами, поражающий мелкие сосуды (преимущественно капилляры, венулы или артериолы) и сочетающийся с сывороточной криоглобулинемией. Часто поражаются кожа, клубочки почек и периферические нервы.

IgA- васкулит (Шенлейна-Геноха): Васкулит с иммунными депозитами IgA, поражающий мелкие сосуды (преимущественно капилляры, венулы и артериолы). Как правило поражаются кожа, желудочно-кишечный тракт и почки, часто сопровождается артритом. Может развиваться гломерулонефрит, неотличимый от IgA-нефропатии.

Гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти – C1q- васкулит): Васкулит, сопровождающийся крапивницей и гипокомплементемией с поражением мелких сосудов (капилляров, венул или артериол), ассоциированных с анти-C1q). Как правило, проявляется гломерулонефритом, артритом, обструктивным заболеванием легких, воспалением глаз.

Вариабельный васкулит: Васкулит без преобладающего типа сосудистого вовлечения, при котором могут поражаться сосуды любого размера (мелкие, средние и большие) и любого типа (артерии, вены и капилляры).

Болезнь Бехчета: Васкулит у больных с болезнью Бехчета, при котором могут поражаться артерии или вены. Болезнь Бехчета характеризуется рецидивирующими афтозными изъязвлениями слизистых оболочек полости рта и половых органов, сопровождающимися поражением кожи, глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта, нервной системы. Могут наблюдаться васкулит мелких сосудов, тромбангиит, тромбозы, артериит, аневризмы артерий.

Синдром Когана: Синдром Когана характеризуется воспалительным поражением глаз (интерстициальный кератит, увеит и эписклерит) и заболеванием органа слуха (нейросенсорная тугоухость и вестибулярные нарушения). Возможно развитие артериита (с поражением мелких, средних или крупных артерий), аортита, аневризмы аорты, а так же поражением аортального и митрального клапана.

Васкулит единственного органа: Васкулит артерий или вен любого калибра в единственном органе, который не имеет признаков системного васкулита. Распространенность васкулита в пределах органа может быть ограниченной или мультифокальной (диффузной). В название следует включать вовлеченный орган и тип сосуда. Например, кожный васкулит мелких сосудов, артериит яичек, васкулит ЦНС.

Васкулит, ассоциированный с системными заболеваниями: Васкулит вторичный по отношению к системному заболеванию. В префиксе следует указывать название системного заболевания. Например: ревматоидный васкулит, люпус-васкулит.

Васкулит, ассоциированный с определенной этиологией: В префиксе следует указывать ассоциацию. Например: гидралазин-ассоциированный микроскопический полиангиит; HBV-ассоциированный васкулит; HCV-ассоциированный криоглобулинемический васкулит.

В настоящее время в международном масштабе проводится анализ клинических, серологических, морфологических и радиологических параметров для постановки диагноза васкулитов. Разрабатываются другие модели с их экспертной оценкой для выявления основополагающих факторов разграничения васкулитов с другими аутоиммунными болезнями или видами патологии, напоминающими васкулиты с целью определения специфических дифференциально-диагностических критериев. Институт Ревматологии РАМН РФ издал клинические рекомендации по ревматологии [5], включающий раздел «Системные васкулиты».

Литература

1. Falk R.J., Gross W.L., Guillevin L. et al. American College of Rheumatology; American Society of Nephrology; European League Against Rheumatism. (2011) Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's): an alternative name for Wegener's granulomatosis. // Arthritis Rheum. 2011-V. 63(4): 863–864.
2. Lie J. Vasculitis, to 1815 to 1991. Classification and diagnostic specificity. // J. Rheumatol.-1991-19:83-89.
3. Basu N., Watts R., Bajema J. et al. EULAR points to consider in development of classifications and diagnostic criteria in systemic vasculitis. // Ann. Rheum. Dis.-2010- V. 69 (10): 1744-50
4. Jennette J, Falk R., Bacon P. et al. 2012 Revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides // Arthritis Rheum. 2013.— V.65:1-11.
5. Ревматология. Клинические рекомендации. Под редакцией академика Е.Л. Насонова. М. Гэотар-Медиа.- 2011.-740с.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ТЕРМОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ)

*Барановская Т.В., Давидовская Е.И., Саевич Н.И., Стахевич В.А.,
Дударева Н.И., Макаренко К.Б., Лагодич Н.Н., Костюченко С.С.*

БелМАПО, УЗ «10-я ГКБ», МОКБ, г.Минск

Разработка новых методов лечения бронхиальной астмы (БА) относится к числу актуальных проблем здравоохранения. По данным литературы этим заболеванием страдает более 300 миллионов человек, причем каждый десятый является жителем Восточно-европейского региона[1], где БА выявляется у 4,5% взрослого населения[2]. В течение ближайшего

десятилетия прогнозируется увеличение этих показателей примерно на 30% [3,4].

В 18% случаев заболевание протекает в тяжелой медикаментозно резистентной форме, затраты на лечение которой только в Европе приближаются к 9 миллиардам евро, что составляет 50% от общей суммы затрат на лечение астмы [1].

Заболевание представляет собой хронический прогрессирующий процесс, ведущим механизмом которого являются гипертрофия и спазм гладкой мускулатуры бронхов в сочетании с обструктивным компонентом.

В 2010 году в США в клиническую практику был внедрен принципиально новый немедикаментозный метод терапии пациентов с тяжелыми формами БА, получивший название «Бронхиальная термопластика».

В основе его лежит локальное радиочастотное воздействие на стенку бронхов 3-5 порядка, приводящее к редукции гипертрофированной мышечной ткани бронхов и устранению, таким образом, их сужения и обструкции. Всего на курс требуется 3 процедуры, проводимые с интервалом в 20-21 день. Средняя длительность сеанса до 45 минут. Повторные курсы не предусмотрены.

Литературные данные [5] указывают на следующие клинические эффекты применения бронхиальной термопластики: снижение частоты приступов на 32%, частоты вызовов «скорой» помощи на 84%, госпитализаций на 72%. При этом частота осложнений невелика и не отличается от таковой при диагностической бронхоскопии [6].

В Беларуси бронхиальная термопластика в лечении пациентов с тяжелой медикаментозно резистентной формой БА впервые применена в 10-й городской и минской областной клинических больницах в 2015 году. В процессе исследования оценивались как удобство и надежность самого оборудования, так и ближайшая клиническая эффективность и безопасность метода. Всего проведено 9 процедур трем пациентам на приборе для бронхиальной термопластики Alair System (США). Двоим пациентам на базе 10-й ГКБ и 1 на базе МОКБ. Все - женщины. Средний возраст 54±06 года. Средний стаж тяжелой, гормонозависимой формы заболевания более 7 лет. В клинической картине преобладал спастический компонент, подтвержденный эндоскопически и по результатам функциональных проб. Противопоказаниями для проведения бронхиальной термопластики считали: инфекции верхних дыхательных путей, нарушения свертывающей системы крови, включая случаи приема антикоагулянтов, наличие вживленных кардиостимуляторов, повышенную чувствительность к применяемым во время манипуляции медикаментам, а также изменение дозы кортикостероидов и клинически зафиксированное обострение заболевания. Всем пациентам перед сеансом термопластики назначалось стандартное

общеклиническое обследование. За сутки до манипуляции пациенты осматривались терапевтом и анестезиологом. В течение 3-х дней до и после операции дополнительно к препаратам постоянного приема назначался преднизолон в профилактической дозе 50мг/сут.

Манипуляция выполнялась в условиях эндоскопического кабинета под внутривенным наркозом (10-я ГКБ) или в условиях операционной под общим обезболиванием (МОКБ). Исследование выполнялось с использованием терапевтического видеобронхоскопа с высоким разрешением.

Средняя продолжительность процедуры составила 48 ± 11 минут. Среднее количество импульсов от 32 на правой нижней доле (процедура1) до 51 на левой нижней доле и язычковых сегментах (процедура2). Перевод в отделение реанимации в 100%. Продолжительность контрольного наблюдения и инфузионная терапия в условиях отделения реанимации не превышала 4-6 часов. Постманипуляционный период – без осложнений. У одной из пациенток зафиксирован эпизод бронхоспазма во время манипуляции, что потребовало дополнительного введения гормонов. У нее же при проведении процедуры было отмечено значительное количество вязкой гнойной мокроты в просвете долевых и более мелких бронхов, значительно затруднявшее визуализацию и потребовавшее дополнительной санации. Выписка из стационара во всех случаях проводилась на следующие сутки. Все три пациентки отмечали хорошую переносимость процедуры термопластики и субъективное облегчение дыхания уже после первого сеанса. В качестве побочных эффектов наблюдались чувство дискомфорта в горле и по ходу трахеи. Одна из пациенток в период между процедурами перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, сопровождавшуюся приступом затрудненного дыхания, что послужило поводом для ее госпитализации.

На основании приведенных данных можно сделать вывод, что бронхиальная термопластика является перспективной технологией, позволяющей улучшить качество жизни и снизить стоимость лечения пациентов с тяжелыми медикаментозно резистентными формами БА. Подбор пациентов, тщательная подготовка их к предполагаемому вмешательству, а также правильное ведение в постманипуляционном периоде способствуют снижению риска местных и общих осложнений бронхиальной термопластики.

Литература

1. Braman SS. The global burden of asthma. Chest. Jul 2006;130(1 Suppl):4S-12S. Peters SP, Ferguson G, Deniz Y, Reisner C. Uncontrolled asthma: a review of the prevalence, disease burden and options for treatment. Respir Med. Jul 2006;100(7):1139-1151

2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R, Global Initiative for Asthma P. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. *Allergy*. 2004;59(5):469-478.

3. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, et al. Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulm Med*. 2009;9:24.

4. Cox G, Miller J, Goodwin S, FitzGerald J, Hui L, Lam S. Long-Term Follow-Up of Bronchial Thermoplasty for Asthma: Safety Results at 5 Years. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177(Apr).

5. Castro M, Rubin AS, Laviolette M, et al. Effectiveness and safety of bronchial thermoplasty in the treatment of severe asthma: a multicenter, randomized, double-blind, sham-controlled clinical trial. *Am J Respir Crit Care Med*. Jan 15 2010;181(2):116-124.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ - БАЗИСНЫЙ КОМПОНЕНТ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В Г.МИНСКЕ

*Билодид И.К., Холодова Е.А., Мохорт Т.В.,
Карлович Н.В., Осовец Н.М.*

*Белорусский государственный медицинский университет
Учреждение Здравоохранение Городской Эндокринологической Диспансер*

В настоящее время программы обучения являются базисным компонентом лечения пациентов сахарным диабетом (СД) в большинстве стран мира[1,с.52]. В процессе развития системы оказания медицинской помощи пациентам с СД принято выделять четыре стадии имеющие революционные значения. 1-ая стадия – открытие инсулина в 1921 году – что позволило сохранить жизнь пациентам. 2-я стадия – открытие антибиотиков в 1945 году, что способствовало успеху в борьбе с инфекционными заболеваниями, развивающимися при декомпенсации диабета. 3-я стадия – в 1972 году предложено включение обучения пациентов в комплексное их лечение. И, наконец, 4-я стадия – с 1993 г. - организация специализированных центров наблюдения за больными с СД[2,с.66].

В 1995 году при Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета была создана специальная группа ученых, которые разработали предложения для повышения эффективности обучения. Республику Беларусь в составе группы по обучению представляла профессор Е. А. Холодова. Перед группой были поставлены задачи по разработке методов управления диабетом; подготовке медицинского персонала для работы в школах сахарного диабета; созданию и распространению обучающих программ.

Первый опыт организации школы диабета в республике в 1992 году был осуществлен на базе 3-ей детской клинической больницы г.Минска для

родителей детей, болеющих СД. Позднее основой внедрения системы обучения пациентов стал приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.1994г. №197 «О создании школ диабета», согласно которому регламентировалась создание школ при стационарных специализированных отделениях. С 1994 года организованы школы диабета в отделениях эндокринологии 10-ой и 1-ой городских клинических больниц г.Минска [3,с.72]. По мере накопления опыта работы школ СД и с учетом недостаточности их мощности для охвата зарегистрированных пациентов созрела необходимость создания школ в амбулаторных учреждениях, куда бы направлялись в основном больные с СД 2 типа.

Для обеспечения этапности в системе обучения при СД был издан Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 ноября 1998г. №301 «О совершенствовании системы обучения основам диабетологии врачей, средних медицинских работников и пациентов», на основании которого Комитетом по здравоохранению г.Минска предписано открытие амбулаторных школ СД в Минском городском эндокринологическом диспансере и эндокринологических кабинетах поликлиник города Минска (согласно «О создании школ диабета в городских поликлиниках города Минска 04.08.1998 года № 531)[3,с.72].Руководство «Школы диабета» на базе Минского городского эндокринологического диспансера в течение 17 лет осуществляет врач-эндокринолог Осовец Н.М.

Обучение пациентов проводится по утвержденной программе, разработанной на основе рекомендации МЗ РБ в объеме четырех занятия по три часа еженедельно[4].К работе «Школе диабета» привлекаются все врачи эндокринологи диспансера, а также врачи хирурги кабинета диабетической стопы. За прошедший период 2248 пациентов с СД 2 типа получили необходимую информацию для осуществления перемен в своей жизни. В городских поликлиниках образовательный процесс проводился медицинскими сестрами эндокринологических кабинетов в связи с тем, что должности врача не всегда были укомплектованными.

Целями деятельности школ являются:обеспечение пациентам СД 2 типа медицинской и психологической адаптации к жизни среди здоровых людей, а также предупреждение развития, прогрессии осложнений СД и способствование полноценной жизни с СД [5, с.112-113].

Основными задачами обучения больных СД тип 2 являются:

применение немедикаментозных методов лечения (рациональное питание, адаптированные физические нагрузки);

определение индивидуальных терапевтических целей для каждого пациента;

обучение самоконтролю показателей углеводного обмена, а также дополнительных параметров (динамика массы тела, мониторинг артериального давления);

профилактика развития хронических осложнений (уход за стопами).

Использованные методики консультирования, нивелировали трения между больными и врачом поддерживали бы мотивацию первых к соблюдению всех рекомендаций. Методикивовлекают пациентов в процесс принятия решения о тактике своего лечения.

Преимущества амбулаторного обучения выявило, что во время обучения пациент ведет привычный образ жизни, может самостоятельно изменять двигательный режим и пищевой рацион, осваивает методику ведения дневника в условиях повседневной жизни. Экономически это выгодно, так как отсутствует необходимость госпитализации больных[6,с.77].

Оценку усвоения знаниу пациентовсвязанного с диабетом, было принято проводить по следующим показателям: наличие «дневника диабета» с соответствующими записями – регулярность самоконтроля (гликемия, артериальное давление, масса тела), характеристики режима питания и физической активности, наличия при себе легкоусвояемых углеводов для профилактики и устранения гипогликемических реакций.

По результатам ретроспективного наблюдения можно оценить, как процесс обучения пациентовотразился на показатели, характеризующие развития и прогресс хронических осложнений СД.

Показатель первичных ампутаций снизился с 17 на 1000 пациентов в 1994 году до 2,5 на 1000 пациентов и остается стабильным с 2009 года по настоящее время. Доля высоких ампутаций постоянно снижается с 1994 г. с 51,7% от общего количества ампутация до 35,3% в 2013 г. (2010 г. – 37,0%, 2011 г. – 36,0%,2012 – 35,0% соответственно),

Показатель распространенностипролиферативной ретинопатии на протяжении периода наблюдения уменьшился с 49 на 1000 больных СД в 1994 г. до 19 на 1000 больных СД в 2013 г. Также за указанный периодотмечено снижение новых случаев слепоты с 21 до 3,3 на 1000 пациентов.

Проведенный выборочный анализ результатов исследования кумулятивного показателя компенсации сахарного диабета – гликированного гемоглобина (HbA1c) у 513 пациентов в ноябре 2014г. свидетельствует, что его средний уровень составил 7,8%. Оценка распределения уровней HbA1c выявила, что в 54,2% случаев уровень его составил менее 7,5%, а в 24,2% случаев зафиксирована декомпенсация СД с цифрами HbA1 более 9,0%. Полученные данные сопоставимы с мировой статистикой достижения компенсации диабета.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности системы обучения. Однако, накопленный опыт позволяют заключить, что для оптимизации работы амбулаторных «Школ сахарного диабета» целесообразно:

внедрить в процессы преподавания врачей и медицинских сестер новые методики обучения пациентов с использованием информационных технологий, в том числе и интернет;

разработать единые наглядные пособия применяемых для обучения больных (памятные книжки, листок по диете, правила замены продуктов питания) принимая в расчет особенности пожилых пациентов (размер шрифта, содержание);

организовать на регулярной основе телефонную связь с пожилыми больными с СД 2 типа, которая бы осуществлялась медицинскими сестрами и являлась дополнительным средством в тактике врачебной помощи больным.

Литература

1. Майоров А.Ю., Галстян Г. Р., Двойнишникова О.М., Анциферов М.Б., Дедов И.И. Терапевтическое обучение в России: результаты 15-летнего наблюдения больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет – 2005 - №3 – с.52-58.

2. Jean-Philippe Assal, Anne Lacroix.L' EducationTherapeutique des patients-Vigot – 2000- p.66.

3. Холодова Е.А., Мохорт Т.В., Бурко И.И., Данилова Л.И., Шепелькевич А.П. Развитие клинической эндокринологии в Республике Беларусь// Здравоохранение – 2014-№11 – с.69-76.

4. Холодова Е.А Методические рекомендации для преподавателей школ сахарного диабета – Минск, 2000.

5. Билодид И.К.Научное обоснование и разработка системы организации эндокринологической службы на примере города Минска. Дис...канд. мед.наук, Минск 2003.

6. Сахарный диабет – Круглый стол // Здравоохранение – 2012-№11 – с.76-79.

КОНТРОЛЬ ПОСТУПАЮЩИХ С ПИЩЕЙ ЖИРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА ФОНЕ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Бурко И.И.¹, Исачкина О.Н.², Луцкич М.Л.¹, Романовский А.А.¹, Ярошевич Н.А.,¹ Тузова А.А.¹, Короленко Г.Г.², Данилова Л.И.¹

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹,

УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска²

Введение

Решение проблемы избыточного веса и ожирения не теряет своей актуальности. В странах Европы избыточный вес и ожирение имеют более 50% населения. Пандемия ожирения, согласно резолюции Всемирной организации здравоохранения, остается наиболее значимой медицинской и социальной проблемой [1, с 25-26.]. Ожирение приводит к развитию целого ряда серьезных заболеваний: сахарного диабета 2 типа, нарушению липидного состава крови, артериальной гипертензии, атеросклероза, ишемической болезни сердца и другой сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии, поражению опорно-двигательного аппарата [2, с. 124, 3, с. 36].

Причины и механизмы развития ожирения столь разнообразны, что это затрудняет разработку оптимальных лечебных подходов. В формировании избыточной массы тела играют роль генетические, поведенческие, социальные, средовые факторы. Энергетический баланс между потреблением и расходом энергии в организме направлен на поддержание стабильной массы тела. При изменении энергетического баланса в сторону повышения поступления энергии и дефицита ее расходования – формируется ожирение.

Для снижения веса важно создание отрицательного энергетического баланса в организме с уменьшением количества поступающей энергии по отношению к расходуемой [4, с. 106, 5, с. 45].

Цель исследования - оценка эффективности модификации образа жизни в сочетании с применением средства медицинского назначения, ограничивающим усвоение пищевых жиров в желудочно-кишечном тракте, у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение проведено на клинических базах кафедры эндокринологии Белорусской медицинской академии последипломного образования - эндокринологического отделения УЗ «10-я городская клиническая больница» города Минска и Метаболического центра БелМАПО.

Критерии включения: лица с избыточной массой тела или ожирением, не получающие липидкорректирующие и инсулинсенситизирующие препараты, возраст от 18 до 65 лет, согласие на участие в исследовании.

Методом направленного отбора в исследование было включено 54 человека (17 мужчин и 37 женщин) с избыточной массой тела или ожирением (ИМТ>27 кг/м²), средний возраст которых составил 44,7±9,38 года (25–62 года). Средний ИМТ составил 34,5±5,13 кг/м² (27,77-53,81 кг/м²).

Дизайн исследования.

Исследование включало два визита.

На первом визите участников исследования знакомили с целью и дизайном исследования. Каждый участник подписывал информированное согласие на участие в исследовании и заполнял разработанную нами анкету.

Проводилось обследование каждого участника с оценкой антропометрических данных и измерением количества общего и висцерального жира. Определялись биохимические показатели крови (ОХ, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, ТГ, АЛАТ, АСАТ, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, общий билирубин). Проводилось занятие по здоровому питанию.

Средство медицинского назначения «Формолайн Л112» представляет собой полимер из раковин моллюсков (производитель – Certmedica International GmbH, Германия). При пероральном приеме препарат приобретает способность связывать пищевые жиры, которые выводятся из организма естественным образом. Этот эффект исключает из всасывания определенное количество пищевых калорий в виде жира. Условием успешного эффекта данного «средства» является соблюдение правил рационального питания с уменьшением суточного количества килокалорий, в том числе – за счет поступающих жиров.

Согласно дизайну исследования, всем участникам исследования был назначен «Формолайн Л112» по 2 таблетки 2 раза в день в основные приемы пищи в течение 12 недель.

Второй визит проходил через 12 недель от начала приема «Формолайна Л112». Во время визита проводилось анкетирование участников исследования, анализ дневника питания, оценка антропометрических данных и биохимических показателей крови.

Лабораторные исследования выполнялись на базе УО «10-я Городская клиническая больница». Для статистической обработки результатов использовался пакет программ «STATISTICA 6.1 for Windows». Различия между группами рассматривались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Динамика антропометрических показателей в процессе исследования представлена в таблице 1.

Ретроспективно для анализа результатов исследования нами сформировали две группы: 1-я группа – лица, соблюдавшие рекомендации по коррекции питания и ограничению употребления жиров не более 60-80 г в сутки (25 человек), 2-я группа – лица, не соблюдавшие рекомендации по коррекции питания (29 человек). Мы проанализировали динамику антропометрических показателей отдельно в каждой из групп.

В общей группе исследуемых в результате 12-недельного приема Формолайн Л112 достоверно уменьшились все антропометрические показатели (табл. 1), как и в группе исследуемых, соблюдавших диету с ограничением пищевых жиров. В группе исследуемых, не соблюдавших диету с ограничением употребления пищевых жиров, произошло лишь незначительное и недостоверное снижение веса в среднем на 0,08 кг, ИМТ – на 0,02% и висцерального жира на 0,02% (табл. 1).

Таблица 1 - Динамика антропометрических показателей.
В общей группе исследуемых лиц

Показатель	Все пациенты		P	1-я группа		P	2-я группа		P
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
Масса тела, кг	99,6±16,65	97,9±16,31	<0,001	100,13±13,67	96,49±12,97	<0,001	99,18±19,07	99,1±18,84	0,6
ИМТ, кг/м ²	34,5±5,13	33,9±5,00	0,0015	34,59±4,23	33,31±3,73	<0,001	34,44±5,87	34,42±5,89	0,56
Окружность талии, см	107,4±10,46	105,6±9,52	<0,001	108,5±11,76	104,4±9,62	<0,001	106,46±9,39	106,54±9,52	0,66
Окружность бёдер, см	115,5±9,22	113,8±8,60	0,002	116,2±8,15	112,15±5,6	0,005	115,0±10,16	115,25±10,38	0,22
Общий жир, %	44,6±7,66	43,7±7,62	<0,001	44,18±8,43	42,2±7,98	0,001	44,9±7,12	45,03±7,22	1,0
Висцеральный жир, %	12,7±3,63	12,4±3,50	0,003	12,6±3,32	11,95±2,86	<0,001	12,75±3,93	12,73±3,99	0,47

Результаты динамики показателей липидного обмена в процессе исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика показателей липидограммы.

Показатель	Все пациенты	P	1-я группа	P	2-я группа	P
------------	--------------	---	------------	---	------------	---

	до лече ния	после лече ния		до лече ния	после лече ния		до лече ния	по сле лече ния	
ОХ, ммол ь/л	5,73± 0,58	5,71± 0,8	0,26	5,73± 0,75	5,70± 0, 74	0,47	5,72± 0,92	5, 72 ± 0, 85	0, 47
ТГ, ммол ь/л	1,48± 0,69	1,38± 0,47	0,21	1,55± 0,88	1,27± 0,49	<0,0 5	1,43± 0,54	1, 43 ± 0, 45	0, 8
ЛПВ П, ммол ь/л	2,02± 0,69	2,0± 0,59	0,89	1,88± 0,78	1,86± 0,63	0,87	2,12± 0,63	2, 09 ± 0, 56	0, 41
ЛПО НП, ммол ь/л	0,66± 0,31	0,62± 0,21	0,54	0,68± 0,39	0,58± 0,21	0,26	0,64± 0,24	0, 65 ± 0, 20	0, 7
ЛПН П, ммол ь/л	3,05± 0,91	3,06± 0,92	0,9	3,16± 1,0	3,23± 0,95	0,73	2,97± 0,86	2, 94 ± 0, 9	0, 64
КА	2,24± 1,41	2,15± 1,23	0,8	2,61± 1,63	2,42± 1,3	0,59	1,99± 1,22	1, 97 ± 1, 19	0, 65

при анализе показателей липидограммы за 12 недель приема Формолайн Л112 выявлена тенденция к снижению показателей липидограммы. В группе исследуемых, соблюдавших рекомендации по коррекции питания и ограничению пищевых жиров, выявлена аналогичная тенденция с достоверным снижением уровня триглицеридов – на 0,28 ммоль/л (P<0,05) (табл. 2). В группе исследуемых лиц, не соблюдавших рекомендации по

коррекции питания, каких-либо значимых изменений в показателях липидограммы не выявлено.

В биохимическом анализе крови за 12 недель приема Формолайн Л112 не произошло изменений в остальных показателях, включая АЛАТ и АСАТ.

Анализ полученных результатов.

В общей исследуемой группе, и особенно в группе лиц, которые соблюдали диету по коррекции питания и ограничению пищевых жиров, зарегистрировано уменьшение массы тела (в среднем на 1,7 кг и 3,64 кг соответственно), ИМТ (в среднем на 0,6 кг/м² и 1,28 кг/м² соответственно), окружности талии (в среднем на 1,8 см и 4,1 см соответственно), окружности бедер (в среднем на 1,7 см и 4,05 см соответственно), общего жира (в среднем на 0,9% и 1,98% соответственно), висцерального жира (в среднем на 0,3% и на 0,65% соответственно). В среднем лица группы диета+Формолайн Л112 снизили вес за 12 недель на 3,6%.

Различия по всем антропометрическим показателям между группой на Формолайн Л112 в сочетании с диетой и группой без диеты после курса лечения недостоверны (по всем критериям $p > 0,3$ (Манна-Уитни)), что дает возможность сделать вывод о отсутствии решающей роли только диеты в полученных результатах, а наличии эффекта именно от комплексного подхода, т.е. диета с ограничением приема пищевых жиров до 60-80 г сутки в сочетании со средством медицинского назначения, ограничивающим усвоение пищевых жиров в желудочно-кишечном тракте.

Достоверное снижение уровня ТГ ($p < 0,05$) на фоне лечения в группе на диете в сочетании с Формолайн Л112 расценивается нами как взаимосвязанное со снижением окружности талии и количества висцерального жира улучшение показателя метаболизма липидов. Этот факт подтверждают данные и по динамике других показателей метаболизма липидов на фоне лечения (ОХ, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП).

Проведенное нами наблюдение показало эффективность применения «Формолайн Л112» как вспомогательного средства в комплексном лечении ожирения, наряду с коррекцией питания и уменьшением содержания пищевых жиров в рационе. Отмечена положительная динамика антропометрических и метаболических показателей, хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов. Использование вспомогательного таблетированного средства для уменьшения усвоения жиров как «Формолайн Л112» позволяет лучше дисциплинировать и мотивировать пациентов, повышает их приверженность к модификации образа жизни, снижению поступления экзогенных жиров с пищей.

Литература

1. Denke M.A. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention. //N. Engl. J. Med. - 2007. – V. 1. – N. 357. - P. 2526-2532.

2. Данилова Л.И., Вайнилович Е.Г., Лущик М.Л. Метаболические нарушения у детей: диагностика, коррекция. Мн.: Элайда, 2012. – 124 с.
3. Данилова Л.И. Инсулинорезистентность, лептинорезистентность и артериальная гипертензия - терапевтические цели при метаболическом синдроме.// Русский медицинский журнал. – 2007. – №3. – С.36-44.
4. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines // Obes Facts. 2008. №1(2).- P. 106-116.
5. Лущик М.Л., Дудик Н.М., Сретенская Ж.Л. Данилова Л.И. Ожирение: руководство к действию Мн.: БелМАПО. – 2011. – 45 с.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Василевский И.В.

*Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск,
Беларусь*

Гепатопротекторы - лекарственные средства (ЛС), повышающие устойчи-вость гепатоцитов к неблагоприятному воздействию различных факторов, усиливающие их детоксицирующие функции, а также способствующие восста-новлению функций печени после влияния различных повреждающих факторов. Фармакологические эффекты гепатопротекторов: 1) противовирусное; 2) анти-холестатическое; 3) противовоспалительное; 4) мембраностабилизирующее; 5) иммуномодулирующее; 6) антитоксическое; 7) антиоксидантное; 8) антифи-бротическое [1, с. 337; 2, с. 597].

В зависимости от химической структуры и происхождения препарата выделяют несколько групп гепатопротекторов: 1) лекарственные средства, содержащие естественные или полусинтетические флавоноиды расторопши, в первую очередь силимарин; 2) препараты, содержащие естественные или полу-синтетические флавоноиды других растений; 3) лекарственные средства, содержащие эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ); 4) препараты разных групп: аминокислоты и их производные, урсодезоксихолевая кислота (УДХК), витамины и витаминоподобные вещества [3, с. 31; 4, с. 189].

Плоды расторопши пятнистой

Среди широкого спектра лекарственных средств, применяемых при гепатобилиарной патологии, заслуживают внимания ЛС из группы раститель-ного происхождения, прежде всего – из плодов расторопши пятнистой.

Легалон. Состав: экстракт плодов расторопши пятнистой (силимарин, си-либинин). Антиоксическое действие силимарина продемонстрировано на многочисленных моделях повреждения печени различными ядами.

Установлено, что антигепатотоксическое действие силимарина обусловлено его конкурирующим взаимодействием с рецепторами к соответствующим токсинам в мембране гепатоцитов. Благодаря этому замедляется развитие стеатоза и фиброза печени. Силимарин проявляет метаболические и клеточнорегулирующие эффекты, подавляя 5-липооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты, особенно лейкотриена В4, а также связываясь с свободными реактивными радикалами кислорода. Силимарин стимулирует синтез белков и фосфолипидов в пораженных клетках печени, стабилизирует их клеточные мембраны, связывает свободные радикалы, защищая клетки печени от вредных воздействий и способствуя их восстановлению. Дозы у пациентов старше 12 лет – 2 капсулы 3 раза в день (420 мг силимарина в день). Поддерживающая доза – 1 капсула 3 раза в день (210 мг силимарина в день). Капсулы глотают целиком, не разжевывая, запив достаточным количеством жидкости.

Силибор применяется при токсических поражениях печени для поддерживающего лечения пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями печени или циррозом. Установлено, что антигепатотоксическое действие препарата проявляется в улучшении субъективной и объективной симптоматики и нормализации показателей функционального состояния печени. Пациентам старше 12 лет назначают по 1-2 табл. 3 раза в сутки., внутрь до еды, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды.

Карсил назначается лицам старше 12 лет в тяжелых случаях по 4 драже (в 1 драже 35 мг силимарина) 3 раза в сутки, драже принимают целиком. В легких случаях и при поддерживающем лечении – по 2 драже 2-3 раза в сутки.

Галстена – комплексный гомеопатический препарат, содержит экстракты расторопши пятнистой, чистотела большого, одуванчика. Для обеспечения наибольшей эффективности ЛС следует принимать за 30 мин до или через 1 час после приема пищи. Применяется при лечении острых и хронических заболеваний печени (гепатит, гепатоз), заболеваний желчного пузыря (хронический холецистит, постхолецистэктомический синдром) и хронического панкреатита. Способ применения и дозы (см. таблицу ниже):

Возраст	Доза (разовая)	Способ применения
Дискинезия желчевыводящих путей		
Взрослые и подростки	10 капель	3 раза в день на протяжении 2-3 недель.
Дети от 1 года до 12 лет	5 капель	
Гепатит острый и хронический, гепатоз, хронический панкреатит		
Взрослые и подростки	10 капель	3 раза в день на протяжении 3 мес. При необходимости курс
Дети от 1 года до 12 лет	5 капель	

Дети до 1 года	1 капля	повторяется.
Хронический холецистит, желчекаменная болезнь, постхолецистэктомический синдром		
Взрослые и подростки	10 капель	3 раза в день на протяжении 2-3 мес. При необходимости курс повторяется.
Дети от 1 года до 12 лет	5 капель	

Экстракт листьев артишока. В клинической практике стал широко применяться экстракт листьев артишока (препарат хофитол), обладающий полифункциональным действием. Активные компоненты препарата: циннарин с кофеолихиновыми кислотами оказывает желчегонное и гепатопротекторное действие; флавоноиды, селен, марганец улучшают окислительно-восстановительные процессы в клетках; инулин, аскорбиновая кислота, каротин, Витамины группы В способствуют нормализации обменных процессов в клетках. Взрослым рекомендуется принимать по 2–3 таблетки 3 раза в день за 30 мин до еды. Курс лечения – 2-3 недели.

Лив-52. Многокомпонентное аюрведическое средство традиционно используется у пациентов в качестве вспомогательного средства в комплексной терапии функциональных расстройств, связанных с заболеваниями печени. Состав: тысячелистник, цикорий, кассия западная, черный паслен, каперс колючий, терминалия аржуна, тамариск галльский. Форма выпуска: таблетки. Применяют внутрь, за 15-30 мин до еды. В качестве профилактического средства – по 2 табл. 2 раза в сутки. В качестве лечебного средства – взрослым по 2-3 табл. 2-3 раза в сутки. Противопоказания: детский возраст до 6 лет, желчекаменная болезнь, острая патология печени, гемохроматоз.

Эссенцикапс. Повреждение мембран печеночных клеток и их органелл может иметь место при всех болезнях печени, что приводит к нарушению активности мембрансвязанных ферментов и рецепторных систем, нарушению метаболической функции гепатоцитов и снижению регенерации печени. Химическая структура фосфолипидов, входящих в состав эссенцикапса («essential phospholipids») соответствует таковой для эндогенных фосфолипидов, но они превосходят последние благодаря высокому содержанию в них полиненасыщенных (эссенциальных) жирных кислот. Включение указанных высокоэнергетических молекул во фракции мембран печеночных клеток способствует регенерации поврежденной печеночной ткани. Форма выпуска: капсулы (по 300 мг). Эссенцикапс применяют для улучшения субъективных симптомов таких как: потеря аппетита, чувство давления в правой верхней части живота, а также в комплексном лечении: острого и хронического гепатита; жировой дегенерации печени различной этиологии (в том числе при сахарном диабете); нарушений липидного обмена различного генеза; токсических поражений печени; алкогольной или

наркотической интоксикации. Схема лечения - по 2 капсулы 3 раза в день внутрь во время еды. Не существует в основном никаких временных ограничений по продолжительности курса.

Фосфоглив. Комбинированное ЛС, оказывает мембраностабилизирующее, гепатопротекторное действие. В состав препарата входит фосфатидилхолин (действующее вещество фосфолипидов), являющийся основным структурным элементом клеточных и внутриклеточных мембран. Фосфатидилхолин способен восстанавливать мембрану гепатоцитов при повреждении их, оказывая цитопротекторное действие. Нормализует белковый и липидный обмены, предотвращает потерю гепатоцитами ферментов и других активных веществ, восстанавливает детоксицирующую функцию печени, ингибирует формирование соединительной ткани, снижая риск возникновения фиброза и цирроза печени. Глицерат (глицерризиновая кислота и соли) – второй ком-понент фосфоглива обладает противовоспалительным действием, подавляет репродукцию вирусов в печени и других органов за счет стимуляции синтеза интерферонов, повышения фагоцитоза, увеличения активности естественных клеток-киллеров. Оказывает гепатопротекторное действие благодаря антиоксидантной и мембраностабилизирующей активности. Применение препарата допускается с 18 лет, по 1-2 капсулы 3-4 раза в день, во время еды.

Урсофальк (урсодезоксихолевая кислота). После применения внутрь препарат снижает насыщение желчи холестерином путем ингибирования абсорбции холестерина в кишечнике и уменьшением секреции холестерина в желчи в результате чего происходит постепенное растворение холестериновых камней. Эффект урсодезоксихолевой кислоты при патологии печени и холеста-гических заболеваниях достигается путем равного обмена липофильных, токсических желчных кислот на гидрофильную, цитопротекторную, нетоксичную урсодезоксихолевую кислоту, что приводит к улучшению секреторной способности гепатоцитов и к иммунорегуляторным процессам.

Данное ЛС образует с хенодезоксихолевой кислотой смешанные мицеллы, вследствие чего уменьшается способность желудочного содержимого повреждать клеточные мембраны при билиарном рефлюкс-гастрите и рефлюкс-эзофа-гите; влияет на иммунологические реакции в печени: уменьшает экспрессию МНС класса-1 и HLA-DR на мембране гепатоцитов; влияет на концентрацию токсичных Т-лимфоцитов, образование интерлейкина-2; уменьшает повышенное содержание эозинофилов; оказывает холеретическое действие. Для пациен-тов, чья масса меньше 47 кг или в случае затруднений глотания капсул урсодезоксихолевой кислоты (по 250 мг) может быть рекомендована суспензия для приема внутрь 250 мг/5 мл. Препарат принимают вечером,

перед сном, капсулы не разжевывать, запивать небольшим количеством жидкости.

Тиоктовая кислота (α -липоевая кислота) – кофермент окислительного декарбоксилирования пировиноградной кислоты и α -кислот. Антиоксидантные свойства данного ЛС связаны с наличием в ее молекуле тиоловых групп. Она ликвидирует явления метаболического ацидоза, влияет на систему глутатиона и убихинона (Q-энзима), обладает положительным липотропным действием. Положительный фармакологический эффект тиоктовой кислоты при заболеваниях печени сводится к улучшению ее функционирования, снижению повреждающего воздействия на гепатоциты эндогенных и экзогенных токсинов. Режим дозирования: пациенты старше 7 лет – по 0,012-0,025 г 2-3 раза в день после еды, курс – 2-4 недели, возможно повторение курса.

Гептрал (адеметионин). Адеметионин является аминокислотой природного происхождения, присутствующей практически во всех тканях и жидкостях организма. Это вещество – предшественник образования физиологически активных сульфатированных соединений (цистеина, таурина, глутатиона, коэнзима А). Глутатион, наиболее активный антиоксидант печени, играет важную роль в процессах детоксикации (при алкогольной и неалкогольной этиологии заболеваний печени). Гептрал особенно показан при внутрипеченочном холестазе при прецирротических и цирротических состояниях. При приеме внутрь начальная доза составляет 800 мг/сутки, суммарная доза не должна превышать 1600 мг. Поддерживающая доза для приема внутрь – 800 мг/сутки.

Литература

1. Василевский И.В. Клинико-фармакологические подходы к лечению заболеваний системы пищеварения // В кн.: Видаль Специалист Беларусь. Справочник «Педиатрия». - Москва: Видаль Рус, 2015.- С. 337 – 339.
2. Клиническая фармакология: учеб. / под ред В.Г.Кукеса.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- С. 597 – 604.
3. Клинико-фармакологическая классификация лекарственных средств: учебно-метод. пособие / М.К.Кевра и др.- Минск: БГМУ, 2009.- С. 31.
4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система).- Москва.- 2010.- С. 189 – 196.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ

Голубева Т.С., Короткевич Т.В.

Распространенность аффективных, особенно депрессивных, расстройств возрастает во всем мире. В странах Западной Европы и США этот показатель составляет около 10% [1, с. 392], в России – 3-5% [2, с. 62]. Однако в силу особенностей клинических проявлений даже в экономически развитых странах лишь 20% пациентов с депрессией обращаются за оказанием медицинской помощи, причем около 70% из них обращаются к терапевтам, которые распознают депрессию лишь примерно в трети случаев таких обращений. Это приводит к тому, что терапию антидепрессантами получает лишь очень небольшой процент нуждающихся в ней пациентов – в странах Европы примерно 8% [3, с. 64]. Совершенствование методов диагностики и организации медицинской помощи должно приводить к улучшению выявляемости аффективных расстройств, в том числе у пациентов, обращающихся в общесоматическую медицинскую сеть.

По данным государственной статистической отчетности (форма 1-психиатрия (Минздрав)) в последнее десятилетие в Республике Беларусь наблюдается рост заболеваемости аффективными расстройствами. С 2005 г. по 2014 г. первичная заболеваемость указанной патологией выросла на 52,2%: с 22,4 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 34,1 – в 2014 г. Среди мужчин данный показатель вырос на 57,3%: с 13,5 на 100 тыс. мужского населения в 2005 г. до 21,2 – в 2014 г. Среди женщин темп прироста первичной заболеваемости аффективными расстройствами составил 50,2%: 2005 г. – 30,2 на 100 тыс. женского населения, 2014 г. – 45,3. Среди городского населения показатель увеличился с 25,5 на 100 тыс. городского населения в 2005 г. до 39,0 – в 2014 г., среди сельских жителей – с 14,2 на 100 тыс. сельского населения в 2005 г. до 18,0 – в 2014 г.

Общая заболеваемость аффективными расстройствами в республике возрастала с 2005 г. (93,4 на 100 тыс. населения) до 2012 г. (155,1 на 100 тыс. населения), затем стабилизировалась и в 2014 г. составила 154,4 на 100 тыс. населения. Ее рост был обусловлен, как увеличением обращаемости женщин с данной патологией (с 110,9 на 100 тыс. женского населения в 2005 г. до 189,3 – в 2014 г.), так и мужчин (с 73,4 на 100 тыс. мужского населения в 2005 г. до 114,8 – в 2014 г.). Среди городского населения общая заболеваемость выросла с 94,2 на 100 тыс. городского населения в 2005 г. до 161,3 – в 2014 г., среди жителей сельской местности – с 91,3 на 100 тыс. сельского населения в 2004 г. до 132,9 – в 2014 г.

В среднем за 10 лет первичная заболеваемость аффективными расстройствами среди женщин была в 2,1 раза, а общая заболеваемость – в 1,7 раза выше, чем среди мужчин. Среди сельских жителей первичных обращений за медицинской помощью по поводу данной патологии было в 1,4

меньше, чем среди горожан, что, вероятно, обусловлено более низкой доступностью специализированной медицинской помощи в сельской местности.

В период с 2005 г. по 2014 г. по поводу аффективных расстройств в стационары республики было госпитализировано 29 390 человек, среднегодовой показатель госпитализированной заболеваемости составил 3,1 на 10 тыс. населения, средняя длительность лечения в стационаре – 29,0 дней. Из общего числа госпитализированных по поводу исследуемой патологии (29 390 человек) в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» поступило 7 195 пациентов (24,5%), средняя длительность госпитализации составляла 35,8 дня.

В нозологической структуре пролеченных по поводу аффективных расстройств в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья основное место занимали депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство (F32, F33) (67,2% пролеченных), а также маниакальный эпизод и биполярное аффективное расстройство (F30, F31) (31,0% пролеченных). На долю устойчивых расстройств настроения, других и не уточненных расстройства настроения (F34, F38, F39) приходилось 1,8%. В связи с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством (F32, F33) чаще госпитализировались женщины (70,3% в структуре пролеченных по поводу данной патологии), а для лечения маниакального эпизода и биполярного аффективного расстройства (F30, F31) – мужчины (58,8%). Подавляющее большинство пролеченных (73,5%) по поводу аффективных расстройств являлись лицами трудоспособного возраста.

Несмотря на то, что аффективные расстройства не являются основной инвалидирующей патологией при психических и поведенческих расстройствах, итогом тяжелого течения заболевания может быть стойкая утрата трудоспособности. По данным информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», за период 2005-2014 гг. в Республике Беларусь при аффективных расстройствах было впервые признано инвалидами 373 человека (0,48 на 100 тыс. взрослого населения), т.е. 1,3% от общего числа впервые обратившихся за медицинской помощью с данной патологией. Из них 85,5% являлись лицами трудоспособного возраста (319 человек, 0,57 на 100 тыс. взрослого трудоспособного населения). В 62,5% случаев причиной выхода на инвалидность являлись депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство (F32, F33) (233 человека, 0,30 на 100 тыс. взрослого населения), в 36,5% случаев – маниакальный эпизод и биполярное аффективное расстройство (F30, F31) (136 человек, 0,17 на 100 тыс. взрослого населения). Инвалидность при аффективных расстройствах чаще

устанавливалась женщинам, чем мужчинам (0,54 против 0,40 на 100 тыс. соответствующего населения) за счет более частого выхода на инвалидность женщин при депрессивном эпизоде и рекуррентном депрессивном расстройстве (0,39 против 0,19 на 100 тыс. соответствующего населения). Зависимость уровня первичной инвалидности при аффективных расстройствах от места проживания не выявлена.

Контингент впервые признанных инвалидами вследствие аффективных расстройств состоял, главным образом, из инвалидов II группы. Их удельный вес в структуре инвалидности в среднем за 10 лет был равен 66,0%. На долю I группы инвалидности приходилось 1,9%, III группы – 32,1%. Тяжесть (суммарный удельный вес I и II группы инвалидности) первичной инвалидности при аффективных расстройствах составила 67,9%, в том числе при маниакальном эпизоде и биполярном аффективном расстройстве (F30, F31) – 61,7%, при депрессивном эпизоде и рекуррентном депрессивном расстройстве (F32, F33) – 71,3%.

Регистрируемые данные о заболеваемости аффективными расстройствами отражают обращаемость пациентов в специализированные учреждения здравоохранения. При таком подходе значительное количество внеинституциональных форм аффективной патологии остается вне поля зрения врачей-психиатров-наркологов и в подавляющем большинстве случаев эти пациенты не получают необходимую медицинскую помощь.

Таким образом, в Республике Беларусь аффективные расстройства выявляются примерно у 2-3% реально страдающих ими лиц, хотя заболеваемость населения указанными расстройствами постоянно увеличивается. Возможно, одним из действенных механизмов организации раннего выявления и своевременной терапии аффективных расстройств у населения будет являться расширение полномочий врачей, оказывающих общесоматическую медицинскую помощь, в сфере диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

Литература

1. Ustin T.B. Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study – N.-Y., 1995 – 410 p.
2. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Эпидемиология депрессий // Аффективные расстройства: междисциплинарный подход. / НИПНИ им. В.М. Бехтерева – СПб., 2009. – Т. 140. – С. 52-64.
3. Евсегнеев Р.А. Депрессия и тревожные расстройства как важнейшие проблемы современного здравоохранения: ситуация в Республике Беларусь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – №1 (19). – С. 62-69.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

*Гончарик Т.А.¹, Панкратова Ю.Ю.¹, Санкович Е.В.², Мазур В.В.²,
Варава Н.К.², Жих О.Д.², Михайлова Р.М.², Вацууро С.Н.², Джозеф А.А.²*

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «10-я городская клиническая больница»

г. Минск, Республика Беларусь

Выживаемость пациентов с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМ-ПСТ) напрямую зависит от максимально быстрого, полного и стойкого восстановления реперфузии миокарда [1, с. 1615-1622]. Сегодня существует два основных метода реперфузии: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожная коронарная ангиопластика (ЧКА). Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. Главными преимуществами ЧКА перед ТЛТ являются более высокая частота восстановления коронарного кровотока, укорочение времени реперфузии миокарда, улучшение отдаленных результатов. Однако, отсутствие достаточного количества специализированных центров, удаленность сельских районов от учреждений с возможностью проведения ЧКА делает немедленную ТЛТ важным этапом лечения пациентов с ИМ-ПСТ. Вопрос о комбинированной стратегии реперфузии является актуальным для организации высокоэффективной медицинской помощи при ИМ-ПСТ. Результаты семи исследований [2, с. 1530-1538; 3, с. 634-641; 4, с. 417-424; 5, с. 456-462; 6, с. 559-568; 7, с. 2009-2945; 8, с. 2705-2718; 9, с. 1045-1053] показали, что проведение отсроченной ЧКА после ТЛТ достоверно снижает процент пациентов, достигших конечной точки (смерть, кардиогенный шок, застойная сердечная недостаточность в течение 90 дней). Учитывая эти данные, эксперты в Европейских рекомендациях по лечению ИМ-ПСТ считают необходимым проведение контрольной КАГ через 3-24 часа после начала ТЛТ даже при купировании симптомов ишемии. [9, с. 1045-1053]

Однако есть данные о том, что рутинное проведение ЧКА сразу же после выполнения фибринолиза оказалось неоправданным, более того – опасным, из-за роста застойной СН, кардиогенного шока в группе, где выполнялась ЧКА на фоне недавно проведенной ТЛТ [10, с. E1-E211]. Таким образом, дополнительный интерес представляет изучение эффективности отсроченного проведения ЧКА.

Цель исследования: изучить частоту развития и тяжесть осложнений инфаркта миокарда у пациентов с различными методами реперфузии (ТЛТ, ЧКА, комбинированная реперфузия) при ИМ-ПСТ.

Материалы и методы: Осуществлен ретроспективный анализ 120 медицинских карт пациентов с ИМ-ПСТ, прошедших курс лечения на базе 10-й ГКБ. Средний возраст пациентов составил $68,5 \pm 11,4$ года. Из них 47 (39,2%) женщин и 73 (60,8%) мужчины. Больные были разделены на 4 группы: I – только ТЛТ ($n=32$), II – ТЛТ+ЧКА до 24 ч ($n=21$), III – ТЛТ+ЧКА спустя 24 ч ($n=20$), IV – ТЛТ и ЧКА не проводились ($n=47$). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Выявляемые у пациентов осложнения были разделены на три группы согласнорекомендациям по определению класса тяжести инфаркта миокарда. Статистический анализ осуществлялся с помощью программы BIOSTAT. Для сравнительного анализа использовались χ^2 и критерий z.

Результаты исследования: Основной принцип лечения пациентов с ИМ-ПСТ – максимально ранняя реперфузия инфаркт зависимой коронарной артерии. Поэтому закономерно, на наш взгляд, что самое большое количество осложнений ИМ-ПСТ (в 100% случаев) наблюдалось у пациентов IV группы ($\chi^2=59,3$; $p<0,0001$). При комбинированной реперфузии миокарда осложнения заболевания наблюдались реже (у 14,3% пациентов – группа II ($z=4,003$; $p<0,001$) и 30% пациентов – группа III ($z=2,2$; $p<0,05$)), чем при изолированной ТЛТ (65,6% случаев). Как при рутинном выполнении ЧКА после ТЛТ, так и отсроченном осложнения развивались одинаково часто ($z=0,836$; $p>0,05$). Однако, наиболее тяжёлые, относящиеся к третьей группе, при отсроченной ЧКА наблюдались реже ($\chi^2=6,6$; $p<0,05$).

Ранняя постинфарктная стенокардия наблюдалась реже в группе II, по сравнению с группой IV ($\chi^2=3,88$; $p<0,05$).

Выводы: 1. Проведение комбинированной реперфузии позволяет улучшить результаты лечения при ИМ-ПСТ за счет уменьшения частоты развития осложнений

2. Эффективность отсроченного проведения ЧКА после ТЛТ требует дальнейшего уточнения.

Литература

1. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary-artery patency, ventricular function, and survival after acute myocardial infarction. The GUSTO Angiographic Investigators. // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 329. – P. 1615-1622.

2. Armstrong, P.W. A comparison of pharmacologic therapy with timely coronary intervention vs. primary percutaneous intervention early after ST-elevation myocardial infarction: the WEST (Which Early ST-elevation myocardial infarction Therapy) study / P.W. Armstrong // Eur. heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1530-1538.

3. Schelller, B. Beneficial effects of immediate stenting after thrombolysis in acute myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2003. – Vol. 42. – P. 634-641.

4. Le May, M. R. Combined angioplasty and pharmacological intervention versus thrombolysis alone in acute myocardial infarction (CAPITAL AMI study) // J. Am. Coll. Cardiol. – 2005. – Vol. 46. – P. 417-424.
5. Bohmer, E. Efficacy and safety of immediate angioplasty versus ischemia-guided management after thrombolysis in acute myocardial infarction in areas with very long transfer distances results of the NORDISTEMI (Norwegian study on District treatment of STElevation Myocardial Infarction) // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – P. 456-462.
6. Di Mario, C. Immediate angioplasty versus standard therapy with rescue angioplasty after thrombolysis in the Combined Abciximab Reteplase Stent Study in Acute Myocardial Infarction (CARESS-in-AMI): an open, prospective, randomized, Multicenter trial // Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P.559-568.
7. Van de Werf, F. Management of acute myocardial infarction in patient presenting with persistent ST-segment elevation: The Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology // Eur. Heart. J. – 2008. – Vol. 29. –P. 2009-2945.
8. Cantor, W.J. Routine early angioplasty after fibrinolysis for acute myocardial infarction // N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol.360. – P. 2705-2718.
9. Fernandez-Avilts, F. Routine invasive strategy within 24 hours of thrombolysis versus ischemia-guided conservative approach for acute myocardial infarction with ST-segment elevation (GRA-CIA-1): a randomized controlled trial // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 1045-1053.
10. Antman, E.M. ACC/AHA guidelines for management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Fors on Practice // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 44. – P. E1-E211.

ОНКОПАТОЛОГИЯ ВНЕЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В РАМКАХ ОТДЕЛЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гриб В.М., Крючкова А.М., Семак В.Н.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УЗ 10 городская клиническая больница г.Минска**

Статистика показывает неуклонный рост выявления числа злокачественных новообразований во всем мире. Так, по данным ВОЗ, в 2012 году выявлено 14,1 млн. новых случаев рака, в то время как в 2008 году – 12,7 млн. [1]. Республика Беларусь не является в этом плане исключением [2]. Определенным следствием этого является и то, что вероятность появления такого больного в любом клиническом отделении возрастает. Возникает в связи с этим ряд вопросов, в частности, насколько готов доктор

к выявлению этой непрофильной патологии, какие при этом возникают трудности и т.д.

Собственно целью этого исследования и явился анализ данной ситуации в рамках отделения пульмонологического профиля.

Проведен анализ 31 истории болезни больных с онкопатологией внелегочной локализации, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении №1 городской клинической больницы №10. В 2014 году. Больных можно было разделить на 2 группы: онкологическое заболевание в анамнезе и впервые выявленное злокачественное новообразование.

Онкологический анамнез имелся у 23 больных. Наиболее часто в анамнезе отмечался рак молочной железы – 8 больных. При этом у 5 больных было метастатическое поражение легких и плевры, в том числе у трех пациенток с формированием плеврального выпота. Остальные 3 больных находились на лечении по поводу пневмонии (1случай) и обострения хронического бронхита. В одном случае никаких вопросов и проблем в лечении не возникло, в двух других в ходе лечения появились некоторые основания для проведения онкопоиска, но, ни прогрессирования онкопроцесса, ни нового онкозаболевания при этом не было обнаружено.

Также достаточно много было больных с раком предстательной железы – 4 человека. Двое из них поступали с пневмонией, имели достаточно хорошую клиническую динамику. Однако в одном случае потребовался онкопоиск в связи с очаговой тенью в легких. Еще один больной был направлен с пневмонией, но при обследовании пневмония не подтвердилась и имела место инфекция мочевыводящих путей. Еще у одного больного отмечалось сочетание рака предстательной железы и рака желудка, а также при обследовании исключался рак легких.

Кроме этого рак желудка в анамнезе был у 3 больных. У 2 больных при этом не возникло каких то сложностей в ведении (пневмония и хронический бронхит). Еще в одном случае в процессе лечения проводились мероприятия по исключению рака поджелудочной железы.

Четверо больных имели лимфопролиферативные заболевания: лимфома (3 человека) и 1 хронический лимфолейкоз. Из трех больных с лимфомой один находился по поводу бронхита и не имел каких-либо проблем в ведении. Двое других были достаточно тяжелыми, отмечалось прогрессирование онкопроцесса с поражением легких, костей скелета и развитием вторичной пневмонии.

Поводом для госпитализации еще 2 больных с раком прямой кишки в анамнезе явилось метастатическое поражение легких и плевры с развитием плеврального выпота.

У одного больного имелся рак кожи, 9 месяцев назад хирургическое лечение, поступил по поводу пневмонии на фоне ИБС с декомпенсацией и

гидротораксом. В связи с анамнезом и клиникой проводился онкопоиск, но прогрессирование процесса и нового заболевания не было выявлено.

Еще у одного больного с имеющимся в анамнезе онкозаболеванием (меланома хориоидеи), при проведении онкопоиска выявлено еще одно – рак поджелудочной железы.

Анализ немногочисленных случаев выявления рака внегочной локализации показал следующее. Преобладающим заболеванием был рак толстой кишки – 4 больных. У 1 больной получавшей лечение по поводу застойной пневмонии на фоне ИБС был проведен онкопоиск в связи с отсутствием динамики. На УЗИ органов малого таза выявлено утолщение стенки сигмовидной кишки, при колоноскопии – опухоль сигмы. Кроме этого получены раковые клетки из плевральной жидкости. Еще у одной больной, 78 лет, при проведении онкопоиска в связи с плевральным выпотом, была проведена колоноскопия и выявлен рак сигмовидной кишки. Еще одна женщина 55 лет, казалось бы, имела типичную пневмонию, однако некоторые особенности вызвали онконастороженность у доктора и в итоге выявлена опухоль сигмовидной кишки. У мужчины, также 55 лет, направленного с плевритом, имелась выраженная анемия, а при пальпации отмечалось опухолевое образование в проекции восходящего отдела толстой кишки. На колоноскопии – рак ободочной кишки.

Анемический синдром явился также причиной онкопоиска еще у одного больного, в итоге которого был выявлен рак предстательной железы.

Еще один случай выявления лимфопрлиферативного заболевания имел определенные особенности, в связи с тем, что тяжесть состояния больного (одышка, отеки, гидроторакс, слабость) была обусловлена достаточно очевидной причиной - выраженным поражением сердца. На этом фоне искать другие объяснения тяжести больного не имело оснований. Вместе с тем при УЗИ исследовании выявлена массивная лимфоаденопатия брюшной полости. То есть, больной был более тяжелый, чем он должен был быть, что оценить неопытному доктору трудно.

Еще 2 больных имели метастатическое поражение легких, плевры, других органов, при этом первичный источник опухоли выявить не удалось. У обеих больных получены раковые клетки в плевральной жидкости.

Таким образом, больные, имеющие в анамнезе онкозаболевание, как правило, представляют определенные проблемы. Так, только в 6 случаях из 23 (26,1%) не возникало каких-то сложностей в ведении этих пациентов. У 5 – проводился онкопоиск (результативный в 1 случае) и у 12 было прогрессирование онкопроцесса с поражением легких. Ведущее место среди внегочной онкопатологии, выявленной у больных пульмонологического отделения, занимает рак толстой кишки. Выявление внегочной онкопатологии требует особого внимания, анализа клиничко-лабораторных и инструментальных данных и конечно проведения дополнительных

обследований. Вероятно, оправдано более широкое (скрининговое) применение методов на онкомаркеры (PSA и другие).

Литература

1. ВОЗ. Рак. Всемирный бюллетень №297. Февраль 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://who.int/mediacenter/factsheets/fs297/ru/>

2. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2013 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2014. — 280 с.: табл.

ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Гриб В.М., Панкратова Ю.Ю., Крючкова А.М.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
10-я городская клиническая больница г. Минска**

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – остается клинически значимой проблемой в практической медицине. Чаще всего с ней сталкиваются врачи терапевтического профиля, и прежде всего пульмонологи и кардиологи. Выявление ТЭЛА в последнее время значительно улучшилось благодаря появлению достаточно точных методов исследования: компьютерная томография, ангиопульмонография, радиоизотопное сканирование легких. Наиболее оптимальным методом исследования считается компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием. При этом диагностическая тактика выглядит следующим образом: клиническое предположение о ТЭЛА → оценка риска летальности. При высоком риске летальности (шок, гипотензия) – выполняется незамедлительно КТ или ЭХО-КТ (при отсутствии возможности для выполнения КТ). При невысоком риске летальности – оценивается степень клинической вероятности ТЭЛА. Высокая степень клинической вероятности также требует проведения КТ исследования (без учета уровня Д-димеров). Нормальный уровень Д-димеров при низкой (высокочувствительный или умеренночувствительный анализ) и средней (высокочувствительный анализ) степени клинической вероятности делает предположение о ТЭЛА маловероятным и дает основание для поиска других причин имеющейся клиники. Таким образом, в этой схеме отводится существенное место оценке клинической вероятности ТЭЛА. На сегодняшний день наиболее известными и валидизированными являются 2 шкалы: канадская (Wells et all)

и пересмотренная Женевская шкала (G. le Gal с соавт.), включенные в международные стандарты обследования и лечения ТЭЛА (Таблица 1) [2,3,4]. Независимо от того, какая диагностическая шкала используется, считается, что распространённость ТЭЛА составляет 10% среди больных с низкой клинической вероятностью, 30% - при промежуточной и 65% - среди больных с высокой клинической вероятностью ТЭЛА [3,4].

Целью нашего исследования была оценка эффективности и точности критериев клинической вероятности ТЭЛА у больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении 10 ГКБ Минска.

Было выделено 119 больных (72 мужчин, 47 женщин, средний возраст 60,5 лет), которым проводилось КТ исследование для исключения ТЭЛА. У 69 была выявлена тромбоэмболия легочной артерии, у 50 – ТЭЛА не подтвердилась. Данные обеих групп по оценке клинической вероятности ТЭЛА представлены в таблице 2.

Таблица 1. Правила клинической вероятности ТЭЛА: шкала Wells и пересмотренная Женевская шкала

Пересмотренная Женевская шкала		Шкала Wells	
Параметр	Баллы	Параметр	Баллы
Предрасполагающие факторы			
Возраст > 65 лет	+1	ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+1,5
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+3		
Хирургическая операция или перелом в течение 1 месяца	+2	Недавняя хирургическая операция или иммобилизация	+1,5
Злокачественное новообразование на активной стадии	+2	Рак	+1
Симптомы			
Односторонние боли в нижних конечностях	+3		
Кровохаркание	+2	Кровохаркание	+1
<i>Клинические признаки</i>		<i>Клинические признаки:</i>	
Частота сердцебиений		Частота сердцебиений	
74-94 удара/мин	+3	> 100 ударов/мин	+1,5
≥ 95 ударов/мин	+5		
Боли в глубоких венах нижних	+4	<i>Клинические</i>	+3

конечностей при пальпации и односторонний отек		<i>признаки ТГВ</i>	
		Клиническая оценка: Альтернативный диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	+3
Клиническая вероятность	Итого	Клиническая вероятность 3 уровня	Итого
Низкая	0-3	Низкая	0-1
Средняя	4-10	Средняя	2-6
Высокая	≥ 11	Высокая	≥7
		Клиническая вероятность 2 уровня	
		ТЭЛА маловероятна	0-4
		ТЭЛА вероятна	>4

Таблица 2. Сравнительная оценка клинической вероятности у больных с тромбозом легочной артерии и отсутствием таковой

Клиническая вероятность	Пересмотренная Женевская шкала			Шкала Wells				
	Низкая	Средняя	Высокая	Низкая	Средняя	Высокая	Маловероятно	Вероятно
Больные с ТЭЛА n=69 (%)	8 (11,6)	49 (71,01)	12 (17,4)	22 (31,9)	37 (53,6)	10 (14,5)	44 (63,8)	25 (36,2)
Больные без ТЭЛА n=50 (%)	13 (26)	35 (70)	2 (4)	35 (70)* **	14 (28)**	1 (2)*	44 (88)* *	6 (12)* *

* - статистически достоверное различие ($p < 0,05$), ** - ($p < 0,01$), *** - ($p < 0,0001$)

Таблица 3. Эффективность критериев клинической вероятности в общей группе больных

Клинич. вероятность	Пересмотренная Женевская шкала			Шкала Wells				
	Низкая	Средняя	Высокая	Низкая	Средняя	Высокая	Маловероятно	Вероятно
Общее кол. Больных n=119	n=21	n=84	n=14	n=57	n=51	n=11	n=88	n=31
Больные с ТЭЛА n=69 (%)	8 (38,1)	49 (58,3)	12 (85,7)	22 (38,6)	37 (72,5)	10 (90,9)	44 (50)	25 (80,6)

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало хорошую эффективность предположения ТЭЛА у больных с высокой степенью клинической вероятности (85,7-90,9%). Правда, с одной стороны, число таких больных (с высокой вероятностью) было очень невелико (14 (11,8%) и 11 (9,2%) в соответствии с каждой шкалой) и с другой, при средней клинической вероятности выявление ТЭЛА было также высоким (58,3-72,5%), при этом достоверных различий между этими группами не было. Что касается категорий с низкой клинической вероятностью, то в общей группе больных ТЭЛА выявлялась у 38% больных. Полученные данные существенно отличаются от опубликованных ранее результатов[1]. Хотя такое сравнение является не совсем корректным, так как для исследования выделялись больные с уже вероятной ТЭЛА. Сравнение двух систем оценки вероятности ТЭЛА – Канадских критериев (Wells) и пересмотренной Женевской шкалы показало явное преимущество критериев Wells. В сравнении групп больных с ТЭЛА и без ТЭЛА по критериям Wells статистические различия были отмечены во всех сравниваемых группах, в то время как по Женевским критериям достоверных статистических различий не было. На наш взгляд пока делать рано вывод о неэффективности Женевских критериев, данный факт нуждается в дополнительной проверке и анализе возможных причин.

Заключение. Полученные результаты показали хорошую эффективность системы оценки клинической вероятности ТЭЛА прежде всего у больных с высокой степенью вероятности. Сравнение двух систем критериев клинической вероятности показало неэффективность Женевских критериев в предположении ТЭЛА, что нуждается в дополнительном анализе и проверке. С другой стороны критерии Wells показали себя хорошо как с предположением вероятной ТЭЛА, так и с исключением данной патологии.

Литература

1. Comparison of the revised Geneva score with the Wells rule for assessing clinical probability of pulmonary embolism//F.A. Klok, E. Kruisman, J. Spaan, M. Nijkeuter, M. Righini, D. Aujesky, P.M. Roy, A. Perrier, G. Le Gal and M.V. Huisman J Thromb Haemost 2008; 6:40-4
2. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2008 Sep;29(18):2276-315.
3. Le Gal G, Righini M, Roy PM, Sanchez O, Aujesky D, Bounameaux H, Perrier A. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Annals of internal medicine 2006, Vol 144,3:165-171
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Ginsberg JS, Kearon C, Gent M, Turpie AG, Bormanis J, Weitz J, Chamberlain M, Bowie D, Barnes D, Hirsh J. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. Thromb Haemost. 2000 Mar;83(3):416-20.

РАК ЛЕГКИХ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Гриб В.М., Крючкова А.М., * Семак В.Н. **

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**УЗ 10 городская клиническая больница г.Минска*

На фоне общего роста злокачественных новообразований в Республике Беларусь, выявление рака легких с 1995 по 2013 год остается достаточно стабильным – 42,4-45,1 случая на 100 000 населения [1]. Доля больных раком легких в общей структуре отделения пульмонологического профиля является небольшой, хотя внутриклиническая статистика показывает некоторый рост числа больных раком легких в пульмонологическом отделении №1 10 городской клинической больницы г.Минска. И если в процентном отношении этот рост не так заметен (1,4% от всех пролеченных

больных в 2014 году против 1,2 % в 2013), то в абсолютном количестве это довольно очевидно – 30 больных раком легких в 2014 году против 20 больных в 2013. В то же время, данная категория больных имеет определенные особенности, как в плане выявления этой патологии, так и ведения этих больных.

Цель исследования: проанализировать структуру больных раком легких, особенности диагностики и ведения этой категории больных на сегодняшний день в условиях пульмонологического отделения.

Проведен анализ историй болезней 28 больных с раком легких. Из них у 23 рак легких был впервые выявлен в пульмонологическом отделении №1 в 2014 году и 5 больных, у которых рак легких был выявлен ранее.

Из впервые выявленных больных раком легких мужчин было 17 человек, женщин – 6. Возраст больных составил от 48 до 82 лет. Подавляющее большинство – старше 60 лет (19 больных).

Была дана оценка обстоятельств выявления рака легких. В большинстве случаев поводом для исключения рака легких явились типичные рентгенологические изменения, характерные для этого заболевания (в 8 случаях). Данная патология выявлялась на раннем этапе обследования (при поступлении).

Значительная часть пациентов – 5 человек, были направлены уже с подозрением на онкопроцесс в легких, т.е. для проведения дополнительных исследований, в первую очередь бронхоскопии.

У 3 больных рак легких оказался в итоге проведения дифференциального диагноза по поводу плеврального выпота (плеврита). Еще у 3 изначально имелся один из типичных симптомов рака легких – кровохарканье. В 2 случаях поводом для исключения рака легких явилась отрицательная динамика (либо отсутствие динамики) на рентгенограмме легких. Надо сказать, что классическая картина рака (длительный анамнез, снижение аппетита, похудание, кровохарканье, внешние изменения, анемия и выраженное ускорение СОЭ), т.е. тех признаков, которые сразу заставляют думать о раке, ярко проявлялась лишь у 2 больных.

Так же была дана оценка лабораторных и инструментальных методов исследования, имеющих наибольшее значение в диагностике рака легких. Здесь наиболее информативными являются бронхоскопия и компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК). В первую очередь это бронхоскопия, поскольку она дает возможность и гистологической диагностики заболевания. 21 больному были выполнены оба исследования и у 18 имелась типичная картина рака легких. Еще у 2 больных на фоне характерных раковых изменений при КТ ОГК, результаты бронхоскопии не подтверждали диагноз рака. В одном случае это был периферический рак легких, во втором – было отмечено опухолевое изменение голосовой связки.

Еще в одном случае при типичных изменениях на бронхоскопии, на КТ ОГК картина не соответствовала раку легких.

Кроме этого обращалось внимание на исследование атипичных клеток в мокроте и плевральной жидкости. Раковые клетки были выявлены в 1 случае из 4 при анализе плевральной жидкости и у 2 больных из 11 при исследовании мокроты.

Также обращалось внимание на запущенность впервые выявленного рака. У 17 из 23 больных определялись метастазы, что говорит о достаточно запущенной стадии заболевания. Длительность пребывания в стационаре больных составила в среднем 15,6 дней. Однако у больных специально направленных для исключения рака этот показатель составил 6,2 дня. В остальных случаях – 19,5 дня.

Анализ 5 историй болезни больных поступивших повторно с ранее выявленным раком легких. Все мужчины. Из них у троих рак легких был выявлен в том же году, у одного в 2012 и еще у одного в 2011. У всех больных повод для госпитализации был разный. Один больной поступал для плевральной пункции в связи с выраженным скоплением жидкости. Еще один – с пневмонией. У 2 больных имели место выраженные проявления раковой интоксикации (в одном случае усугубленной химиотерапией). Еще одна причина госпитализации – выраженное кровохарканье.

Таким образом, рак легких остается одной из актуальных проблем в клинике внутренних болезней. Несмотря на наличие эффективных методов диагностики, выявление этого заболевания имеет определенные трудности. Это связано с нечеткостью и даже отсутствием клинической симптоматики (так, яркая клиническая картина была только у 2 больных). С учетом этого должны привлекать к себе внимание такие признаки как кровохарканье, длительный анамнез, отсутствие выраженных проявлений пневмонии, наличие в анамнезе курения и мужской пол пациента. Рентгенография органов грудной клетки, хоть и сохраняет свое значение в начальной диагностике рака легких, надо признать, является достаточно запоздалым методом. В этой связи достаточно уместно обсуждение скринингового низкодозового КТ исследования в ранней диагностике рака легких. Такие методы, как бронхоскопия и КТ ОГК, безусловно, являются определяющими на сегодняшний день. Однако выполнение только лишь одного из этих исследований не позволяет надежно исключить данное заболевание. Отмечая низкую эффективность исследования на раковые клетки мокроты и плевральной жидкости, нужно все же отметить определенную пользу этих исследований в каких-то сложных случаях (при условии многократного исследования). Надо отметить недостаточную эффективность ранней диагностики рака легких на амбулаторном этапе, так подавляющее большинство выявленных больных с раком легких имели достаточно позднюю стадию болезни. Последнее обстоятельство имеет также и

экономический аспект, поскольку длительность пребывания больных в стационаре, направленных с предполагаемым раком легких и выявленным в процессе ведения другого заболевания резко отличается (более чем в 3 раза).

Литература

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2013 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2014. — 280 с.: табл.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D.

*Дударева Н.И., Левданский О.Г., Шимкевич А.М., Аксенова Е.А.,
Даниленко Н.Г.*

*УЗ «10-я городская больница» г. Минск
ГНУ «Институт генетики и цитологии НАН Беларуси»*

Бронхиальная астма является серьезной глобальной проблемой. Распространенность БА в ряде стран возрастает и колеблется в разных странах мира от 1 до 18%. В мире около 300 млн больных БА. Это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей ведет к потере трудоспособности, иногда инвалидности и даже смерти [1].

На протяжении двух последних десятилетий активно внедряются новые подходы к лечению БА, основанные на длительном базисном лечении для достижения контроля над заболеванием; разрабатываются эффективные программы лечения.

За последние 10 лет в мире заболеваемость БА удвоилась (возникла ее эпидемия), а в Республике Беларусь – утроилась 10% всех больных БА резистентны к стандартным методам лечения [2].

Поэтому разработка новых лечебных мероприятий, основанных на индивидуальных особенностях пациентов, остается актуальной.

Для поиска новых возможностей профилактики БА и купирования ее обострений важно изучение генетических и связанных с ними фенотипических особенностей заболевания.

Полиморфизм гена рецептора витамина D (VDR) – внутриклеточного рецептора, участвующего в связывании активной формы витамина D, широко обсуждается в литературе. Анализ полиморфных аллелей рецептора витамина D проводился во многих странах на разных этнических группах, оценивалась роль полиморфизма гена рецептора витамина D в формировании минеральной плотности костей [3]. Помимо этого, полиморфизм гена VDR изучается при ряде заболеваний, затрагивающих нарушения метаболизма.

Витамин D и нормальное функционирование его рецептора важны в развитии иммунной системы. Рецепторы витамина D обнаружены в различных клетках, включая клетки легких и многие клетки иммунной системы. Описана связь между низким уровнем витамина D и развитием астмы физического усилия у детей и взрослых. Дефицит витамина D может способствовать началу астмы [4].

Цель исследования. Изучить динамику показателей функции внешнего дыхания (ОФВ1, индекс Тиффно) в процессе лечения у пациентов с бронхиальной астмой с учетом типирования по VDR гену.

Материалы и методы. Полиморфизм гена рецептора витамина D (VDR) изучен на выборке пациентов с БА (96 человек), находившихся на стационарном лечении в отделении аллергологии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска по поводу обострения заболевания. Результаты сопоставлялись с данными, полученными ранее на популяционных выборках, включающих 697 жителей Республики Беларусь, не состоящих в родстве и проживающих в различных районах Беларуси (ДНК-банк лаборатории нехромосомной наследственности Института генетики и цитологии НАН Беларуси).

Среди обследованных было 80 женщин и 16 мужчин. Возраст пациентов составил 51 (43; 59) год. Смешанную форму заболевания имели 59,4% обследованных, неаллергическую форму – 38,5%, аллергическую форму – 2,1%. Стаж болезни у пациентов варьировал от 1 года до 35 лет, при этом медиана составила 7 (3; 15) лет. 90,6% пациентов имели среднетяжелое течение заболевания, 9,4% – легкое персистирующее течение.

Результаты. Распределение частот генотипов VDR гена в группе пациентов с БА и у жителей Республики Беларусь представлено в таблице 1

Таблица 1– Распределение частот генотипов по VDR гену в группе пациентов с БА и у жителей Республики Беларусь

Генотип	Группа пациентов с БА, %	Жители Республики Беларусь, %	Отношение шансов [доверительный интервал]	Критерий χ^2	Уровень значимости (p)
TtAaBbFf	13,6	8,9	1,6 [0,85; 3,04]	2,13	p=0,145
TtaabbFf	12,6	7,5	1,8 [0,91; 3,45]	2,89	p=0,089
TtAaBbFF	14,6	6,7	2,4 [1,25; 4,48]	7,3	p=0,007
TtAABbFf	1,0	6,6	0,1 [0,02; 1,09]	4,68	p=0,031
TTAabbFf	6,8	5,9	1,3 [0,55; 2,89]	0,29	p=0,587
ttAABBFf	7,8	5,8	1,3	0,36	p=0,546

			[0,56; 2,97]		
TtAaBbff	3,9	5,3	0,8 [0,27; 2,23]	0,22	p=0,636
TtAABbF F	1,9	4,5	0,5 [0,11; 1,94]	1,18	p=0,277
Ttaabbff	3,9	3,8	1,1 [0,38; 3,29]	0,04	p=0,834
TTaabbFF	10,7	3,4	3,3 [1,51; 7,05]	10,0	p=0,002
ttAABBFF	4,9	3,1	1,7 [0,62; 4,56]	1,08	p=0,299
TtAABbff	1,9	3,0	0,7 [0,16; 2,97]	0,26	p=0,611
TTAabbFF	3,9	2,5	1,7 [0,57; 5,28]	0,98	p=0,323
TTAabbff	1,0	2,0	0,5 [0,07; 3,95]	0,43	p=0,514
TTAAbbFf	1,0	1,9	0,6 [0,07; 4,28]	0,33	p=0,566
ttAABBff	2,9	1,6	2,0 [0,55; 7,34]	1,16	p=0,281
TtAABBff	1,0	1,5	0,7 [0,09; 5,71]	0,1	p=0,756
TTAAbbF F	1,9	1,4	1,5 [0,32; 6,77]	0,24	p=0,626
TTAaBbF F	1,9	1,2	1,8 [0,38; 8,76]	0,59	p=0,441
TtAabbFf	1,0	0,4	2,4 [0,25; 23,65]	0,63	p=0,428
TTAAbbff	1,0	0,3	3,7 [0,33; 40,73]	1,28	p=0,259
TTAaBBF f	1,0	0,1	7,3 [0,45; 118,11]	2,71	p=0,101

В проанализированной группе жителей Республики Беларусь (697 человек) обнаружено 54 генотипа, различающихся аллельными вариантами четырех полиморфных сайтов гена VDR. Распределение частот генотипов у пациентов с БА достоверно отличалось от распределения частот генотипов у жителей Республики Беларусь.

Генотип TtAaBbFf (гетерозиготный по всем 4 локусам), наиболее частый у жителей Республики Беларусь, оказался довольно

распространенным и у пациентов с БА (таблица 1). ТТaabbFF встречался в 3 раза чаще у пациентов с БА, чем у жителей Республики Беларусь (различия достоверны: $\chi^2=10,0$, $p=0,002$; ОШ=3,3 (1,51; 7,05)).

Самым распространенным у пациентов с БА оказался генотип ТtAaBbFF (14,6%), который встречался в 2 раза чаще у пациентов, чем у жителей Республики Беларусь (различия достоверны: $\chi^2=7,3$, $p=0,007$; ОШ=2,4 (1,25; 4,48)).

Таким образом, можно сделать вывод, что лица с генотипом ТtAaBbFF и ТТaabbFF по VDR-гену имеют более высокий риск развития БА.

Для исследования результатов ФВД у пациентов с БА на 1-е и 7-е сутки лечения были сформированы 2 группы: пациенты с генотипами риска ТtAaBbFF и ТТaabbFF (группа риска) и пациенты с иными вариантами генотипов (группа сравнения). В анализ включены результаты исследований 70 пациентов с диагнозом БА в возрасте от 22 до 75 лет (медиана (25-я перцентиль, 75-я перцентиль) – 52 (42; 59)) года. Среди обследованных было 11 мужчин и 59 женщин. У 57,1% пациентов была смешанная форма заболевания, у 40,0% – неаллергическая форма, у 2,9% – аллергическая форма. 88,6% пациентов имели среднетяжелое течение заболевания, 11,4% – легкое персистирующее.

Динамика показателей ФВД с учетом типирования VDR-гена представлена в таблице 2

Таблица 2– Динамика показателей ФВД с учетом типирования VDR-гена

Группа	Индекс Тиффно, %		ОФВ1, %	
	При поступлении	7-е сутки лечения	При поступлении	7-е сутки лечения
Группа риска (n=18)	68,3 (64,7; 74,3)	72,9 (64,4; 75,1)	61,0 (54,0; 76,0)	74,0 (58,0; 89,0)
Группа сравнения (n=52)	74,5 (64,1; 86,7)	83,8 (70,8; 90,2)*	69,0 (47,0; 83,0)	78,0 (63,0; 92,0)*

Примечание: * – достоверное различие ($p<0,05$) по сравнению с исходным показателем.

Показатели индекса Тиффно и ОФВ1 при поступлении у пациентов группы риска и группы сравнения достоверно не различались ($p=0,216$ и $p=0,675$ соответственно)

На 7-е сутки лечения индекс Тиффно у пациентов группы риска был достоверно ниже, чем у пациентов группы сравнения ($p=0,023$). Между

показателями ОФВ1 на 7-е сутки лечения достоверных различий в группе сравнения и группе риска не отмечалось ($p=0,404$).

У пациентов группы сравнения выявлено достоверное увеличение индекса Тиффно и ОФВ1 на 7-е сутки лечения ($p=0,003$, $p=0,001$ соответственно).

У пациентов группы риска не отмечается достоверного увеличения показателей ФВД (индекс Тиффно, ОФВ1) в динамике лечения ($p=0,199$, $p=0,107$ соответственно).

Выводы:

1. Выявлены достоверные различия распределения частот генотипов VDR-гена у пациентов с БА и жителей Республики Беларусь. Распределение частот генотипа TtAaBbFF ($\chi^2=7,3$, $p=0,007$, ОШ=2,4 (1,25; 4,48)) и TTAabbFF ($\chi^2=10,0$, $p=0,002$, ОШ=3,3 (1,51; 7,05)) у пациентов с БА достоверно отличалось от распределения частот данных генотипов у жителей Республики Беларусь. Поэтому лиц с генотипом TtAaBbFF и TTAabbFF можно считать группой риска по развитию БА.

2. На 7-е сутки лечения не наблюдалось достоверного увеличения показателей ФВД (ОФВ1, индекс Тиффно) ($p>0,05$) у пациентов с генотипами TtAaBbFF и TTAabbFF по VDR-гену, что может свидетельствовать об особенностях патогенеза БА в зависимости от генотипа пациента.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011г.) / Рос. респираторное об-во ; под ред. А.С. Белевского. – М. : [б.и.], 2012. – 108 с.

2. Hawrylowicz, C. Vitamin D and asthma / C. Hawrylowicz [Electronic resource]. – 2013. – Mode of acces : [www. Eaaci-wao2013.com](http://www.Eaaci-wao2013.com)– Date of access : 23.06.2013.

3. Molecular studies of identification of genes for osteoporosis / Y.Z. Liu [et al.] // J. Endocrinol. – 2003. – Vol. 177, № 2. – P. 147–196.

4. Serum vitamin D levels and markers of severity of childhood asthma in Costa Rica / J.M. Brehm [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2009. – Vol. 179, № 9. – P. 765–771.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Дудич О.Н., Красильникова В.Л., Бурко И.И., Короленко Г.Г., Рубис В.В.

Актуальность.

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) - аутоиммунное органоспецифическое заболевание, характеризующееся набуханием и

увеличением экстраокулярных мышц, ретробульбарной жировой и соединительной ткани, которое приводит к экзофтальму, периорбитальному отеку и венозному застою [3].

Лечение ЭОП является сложной проблемой. С одной стороны это обусловлено необходимостью междисциплинарного подхода, требующего объединения усилий как эндокринологов, так и офтальмологов. С другой стороны, волнообразным течением заболевания (активная фаза сменяется фазой неполной ремиссии – неактивная фаза, которая может переходить в рецидив), что диктует необходимость своевременного и индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

В большинстве случаев ЭОП имеет легкое течение и не требует специального лечения, так как проходит самостоятельно при достижении эутиреоидного состояния. Лечение требует угрожающая зрению, а также умеренная и тяжелая формы ЭОП [3,4].

Основным направлением в лечении ЭОП является нормализация тиреоидного статуса и контроль за его состоянием.

Исходя из современных представлений о патогенезе ЭОП, используют средства, обладающие иммуносупрессивным эффектом с целью воздействия на иммунный воспалительный процесс, протекающий в тканях орбиты. Препаратами первого выбора являются глюкокортикоиды, так как они обладают широким спектром действия на иммунную систему и оказывают выраженный противовоспалительный эффект [2].

Консервативное лечение эффективно только в активную стадию ЭОП, при неактивной стадии в случае развития тяжелых остаточных явлений показано хирургическое лечение [3].

Вопросы иммуносупрессивной терапии достаточно широко освещены в литературе, однако до сих пор нет единого мнения в отношении используемых схем пульс-терапии с применением кортикостероидов [5, 6].

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность пульс-терапии метилпреднизолоном при лечении активной фазы эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы исследования.

В исследование включено 13 пациентов (22 глаза) с эндокринной офтальмопатией в возрасте от 25 до 62 лет, из них 10 женщин и 3 мужчин. Продолжительность заболевания составила от 1 года до 3-х месяцев. У всех пациентов имела место сопутствующая патология щитовидной железы. Четверо из них страдали первичным гипотиреозом на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита. У троих пациентов признаки ЭОП развились спустя несколько месяцев после тиреоидэктомии по поводу болезни Грейвса на фоне адекватной заместительной терапии послеоперационного гипотиреоза. У 6-ти пациентов проявления ЭОП развились на фоне болезни Грейвса. У всех включенных в исследование пациентов было достигнуто

состояние эутиреоза на фоне тиреостатической терапии либо заместительной терапии препаратами левотироксина.

Критерием включения в исследование являлось наличие активной фазы заболевания. Критериями исключения были язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, сахарный диабет в стадии декомпенсации, сопутствующие заболевания печени, почек и других органов и систем в стадии декомпенсации.

Офтальмологическое исследование включало в себя визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, экзофтальмометрию, оценку степени диплопии по Горману.

Лучевые методы исследования проводились для визуализации структур орбиты с использованием микроспиральной компьютерной томографии.

На всех этапах наблюдения определяли основные характеристики ЭОП: тяжесть и активность процесса, а так же субъективные и объективные проявления болезни. Эффективность лечения оценивалась с учетом динамики активности, тяжести процесса через 1-3 месяца и год после назначения пульс-терапии.

Активность процесса оценивали по шкале CAS. Суммарный бал CAS ≥ 3 баллов свидетельствовал об активности процесса. Степень тяжести ЭОП оценивали по классификации NOSPECS [13,33].

Всем пациентам, включенным в исследование, с целью снижения активности и профилактики рецидивов ЭОП применяли следующую схему введения препаратов:

1-я неделя - 500 мг метилпреднизолона в/в трехкратно через день;

2-я неделя назначался медрол per os в дозе 1 мг/кг массы тела (в среднем поддерживающая доза препарата составила $62 \pm 0,25$ мг/кг);

3-я неделя - 250 мг метилпреднизолона в/в трехкратно через день;

4-я неделя медрол per os в дозе 1 мг/кг;

5-я неделя - 125 мг метилпреднизолона в/в трехкратно через день.

После окончания основного курса пульс-терапии назначался медрол per os в дозе 1 мг/кг массы тела в течение 4-6 недель с постепенным снижением дозы каждые 2 недели в 2 раза до полной отмены препарата при отсутствии признаков активности процесса.

Результаты.

Все 13 пациентов (22 глаза), включенные в исследование, до назначения иммуносупрессивной терапии предъявляли жалобы на слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела в глазу, боли при движении. У 4-х пациентов отмечалась переходящая диплопия. Частота встречаемости жалоб пациентов представлена в таблице 1.

Изучение активности процесса показало, что у всех пациентов имелась активная фаза ЭОП, причем у 9 (14 глаз, 64 %) пациентов наблюдалась

средняя активность (CAS = 3-4 баллов), у 4 пациентов (8 глаз, 36 %) выявлена высокая активность процесса (CAS = 5-7 баллов). Динамика активности процесса представлена на диаграмме 1.

Согласно классификации NOSPECS у 11 пациентов (18 глаз, 82 %) выявлена средняя степень тяжести процесса, что выражалось в наличии умеренного отека, гиперемии век, экзофтальма 23-24 мм. У 2 пациентов (4 глаза, 18 %) отмечена тяжелая степень ЭОП, признаками которой являлись снижение остроты зрения (Sa -0.67-0.5) и наличие экзофтальма (Pb 25-27 мм). Динамика степени тяжести у пациентов представлена на рисунке 2.

Из данных, представленных на рисунках 1 и 2 видно, что через месяц после начала пульс-терапии наблюдалось снижение уровня активности и тяжести ЭОП. Так у 11 пациентов (18 глаз, 82 %) уровень активности по шкале соответствовал легкой степени тяжести процесса (CAS = 0-2 балла), что подтверждалось уменьшением количества жалоб (Таб.1). Кроме того, у данных пациентов наблюдалось повышение остроты зрения, снижение уровня ВГД на фоне назначения антиглаукоматозных препаратов, а также уменьшение величины экзофтальма на 1,8 мм и частоты диплопии (Таб.2).

Обращает на себя внимание, что в данный период у 2 пациентов (4 глаза, 18 %) произошло снижение активности (CAS = 3-4), в то время как тяжесть процесса осталась прежней, о чем свидетельствовало наличие выраженного экзофтальма (Pb-25-26 мм), снижение остроты зрения (Sa -до 0,6) и диплопия.

В течение первого месяца наблюдения были зафиксированы следующие побочные эффекты кортикостероидной терапии: у 2 пациентов выраженная гиперемия кожи лица, повышенная потливость; у 3 пациентов наблюдалась гипергликемия; у 5 – артериальная гипертензия. Однако медикаментозная коррекция данных изменений позволила продолжить лечение.

Спустя три месяца от начала гликотероидной терапии в 100 % случаев наблюдался переход заболевания в неактивную фазу, что свидетельствует об эффективности проведенного лечения. Следует отметить, что у 2 пациентов (4 глаза, 18 %) состояние по-прежнему расценивалось как тяжелая форма ЭОП. Учитывая отсутствие активности процесса, им было выполнено хирургическое лечение - внутренняя декомпрессия орбиты и последующая блефаропластика.

Спустя год после проведения иммуносупрессивной терапии у 1 пациента (2 глаза, 9 %) вновь возник активный процесс (CAS = 3-4 балла), средней степени тяжести на фоне нестабильного гормонального статуса (**гипотиреоз**), после коррекции которого был проведен повторный курс иммуносупрессивной терапии.

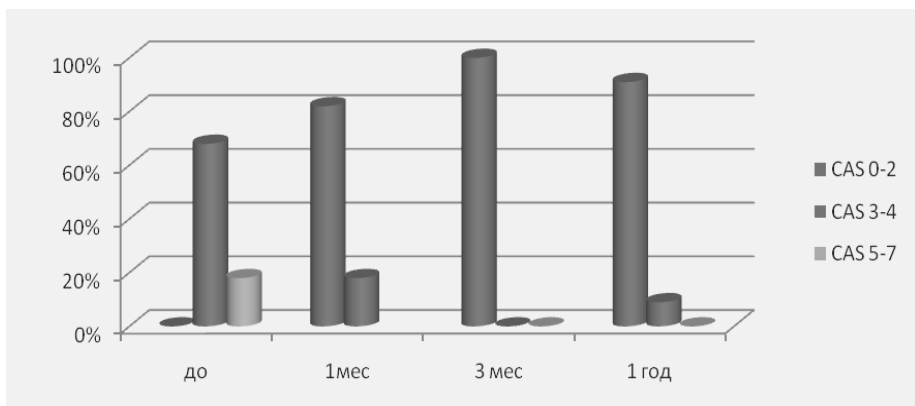


Рис.1 Динамика активности процесса у пациентов на этапах наблюдения (по шкале CAS)

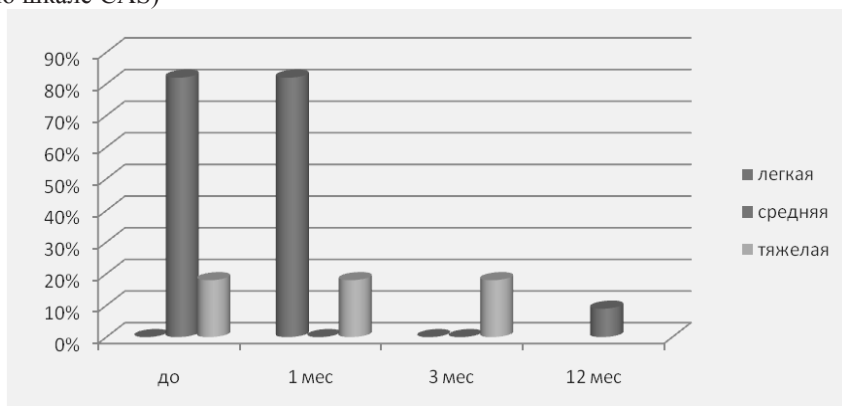


Рис.2 Динамика тяжести процесса у пациентов на этапах наблюдения (классификации NOSPECS)

Таблица 1. Динамика изменений субъективных признаков у пациентов на этапах наблюдения

Признаки	Этапы наблюдения			
	До n=22	1 мес n=22	3 мес n=22	1 год n=22
Слезотечение	100%	-	-	9%
Светобоязнь	100%	-	-	9%
Ощущение инородного тела	100%	23%	18%	9%
Диплопия	36%	18%	18%	18%

Боль при движении глаз	100%	-	-	9%
------------------------	------	---	---	----

Таблица 2. Динамика изменений объективных признаков у пациентов на этапах наблюдения

Признаки	Этапы наблюдения			
	До n=22	До n=22	До n=22	До n=22
Острота зрения	0,74±0,04	0,80±0,03	0,83±0,02	0,85±0,02
ВГД	24,8±0,69	22,7±0,54	22,8±0,36	22,2±0,2
Экзофтальмометрия	24,6±0,54	23,8±0,33	22,5±0,27	22,2±0,24

Выводы:

Пульс-терапия с использованием высоких доз метилпреднизолона является эффективной и безопасной, способствует быстрому достижению клинического эффекта, что проявляется снижением активности и тяжести воспалительного процесса у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Применение поддерживающего курса кортикостероидов (per os) с постепенным снижением дозы препарата приводит к длительной клинической ремиссии.

Литература

1. Дедов, И.И. Болезнь Грейвса и эндокринная офтальмопатия /И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко Москва:МАИ-ПРИНТ,2012. 143с
2. Современный алгоритм лечения эндокринной офтальмопатии /Е.Л.Иванова[и др.] //Современные технологии в офтальмологии– 2014. – № 2. – С. 74–81.
3. Bartalena L., Pinchera A., Marcocci C. Management of Graves' ophthalmopathy: reality and perspectives // Endocr. Rev. 2000. V. 21. P. 168-199.
4. Bartalena L., Baldeschi L., Dickinson A.J. et al. Consensus statement of the European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) on management of Graves' orbitopathy // Thyroid. 2008. V. 18. V. 3. P. 333-345.
5. Clinical assessment of patients with Graves' orbitopathy: the European Group on Graves' Orbitopathy recommendations to generalists, specialists and clinical researchers / W.M. Wiersinga, P. Perros, G.J. Kahaly et al. // European Journal of Endocrinology — 2006. - V. 155. - 387–389.
6. Combined orbital irradiation and systemic steroids compared with systemic steroids alone in the management of moderate-to-severe Graves' ophthalmopathy: a preliminary study / C.M. Ng, H.K.L. Yuen, K.L. Choi et al. // Hong Kong Medical Journal — 2005. - V. 11. - P. 322–330.

7. Mourits M. P., Prummel M. F., Wiersina W. M., Koorneef L. Clinical activity score as a guide in the management of patients with Graves' ophthalmopathy // Clin. Endocrinol. 1997. V. 47. P. 9-14.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Еремина Н.М.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь*

Заболевания сердечно-сосудистой системы и, в частности, артериальная гипертензия (АГ) этиопатогенетически связаны с эмоциональным напряжением. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы при психоэмоциональной нагрузке открывает возможность раннего выявления АГ и позволяет наметить пути профилактики и терапии на начальных этапах болезни. С целью решения этой проблемы в кардиологии был предложен ряд методик психоэмоционального нагрузочного тестирования (арифметический счет, речевой тест, моделирование экзамена, компьютерная игра, Струп-тест), позволяющих оценить уровень адаптации организма к воздействию психоэмоциональных раздражителей и выявить лиц, страдающих АГ с выраженным психосоматическим компонентом [1, с.167, 2, с.56]. Отрицательными сторонами психоэмоциональных нагрузочных тестов является их недостаточная стандартизация, зависимость от уровня интеллекта, образования, возраста пациента, вида его трудовой деятельности и др. Разработанный нами психоэмоциональный нагрузочный тест «7±2» не связан с индивидуальностью личности пациента. Он основан на особенностях работы оперативной памяти, объем которой, как известно, ограничен: при предъявлении зрительной информации индивидуум может запомнить одновременно не более 7±2 элементов [3, с.81]. Предъявление испытуемому для запоминания и воспроизведения 10 простых графических элементов (таблица с автофигурами) моделирует у него психоэмоциональное напряжение, путем предъявления заведомо невыполнимой задачи [4, с.1].

Цель исследования

Изучить гемодинамические реакции на психоэмоциональное нагрузочное тестирование с применением теста «7±2» у практически здоровых молодых людей и у лиц с установленной артериальной гипертензией.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 120 практически здоровых молодых людей (основная группа) и 45 пациентов с **впервые установленной АГ I степени, риск 2 и 3 того же возрастного периода, до начала лечения (группа сравнения)**. Средний возраст пациентов в группах составил $24,6 \pm 0,3$ и $28,3 \pm 0,6$ лет соответственно.

Нагрузочное тестирование проводилось с помощью оригинального психоэмоционального теста «7±2». Тест представляет собой набор из 10 различных простых геометрических символов, расположенных в произвольном порядке. В течение 45 сек. пациент запоминает их расположение, после чего в течение 4 мин. пытается воспроизвести данную таблицу на чистом листе бумаги, затем следует 5-минутный отдых. Измерялось исходное артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС), во время пробы на 1,3,5-й минутах и аналогичным образом после нагрузки. Оценивалась разница между наибольшими значениями АД и ЧСС во время пробы с исходными (прирост) для систолического и диастолического давлений (САД и ДАД), ЧСС; анализировалась динамика изменения САД, ДАД и ЧСС на 1,3,5-й минуте проб и отдыха по сравнению с исходным уровнем.

С целью оценки суточного профиля АД проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием портативных регистраторов ВРLab (МнСДП-2 и МнСДП-3, Россия), осуществляющих измерения АД и ЧСС в фазу декомпрессии осциллометрическим методом.

Оценка вазомоторной функции (ВФ) эндотелия осуществлялась методом реовазографии на аппаратно-программном комплексе "Импекард-М" (РБ г. Минск) с проведением пробы на реактивную гиперемия.

Результаты

Проведение психоэмоционального тестирования в обеих группах наблюдения ожидаемо имело результатом повышение АД и ЧСС у испытуемых. Прирост САД у лиц основной группы на протяжении всей пробы и на протяжении 5 мин после ее окончания был достоверно меньшим, чем у лиц группы контроля, прирост ДАД, также оказался статистически значимо более низким, чем у пациентов с АГ (рисунок 1).

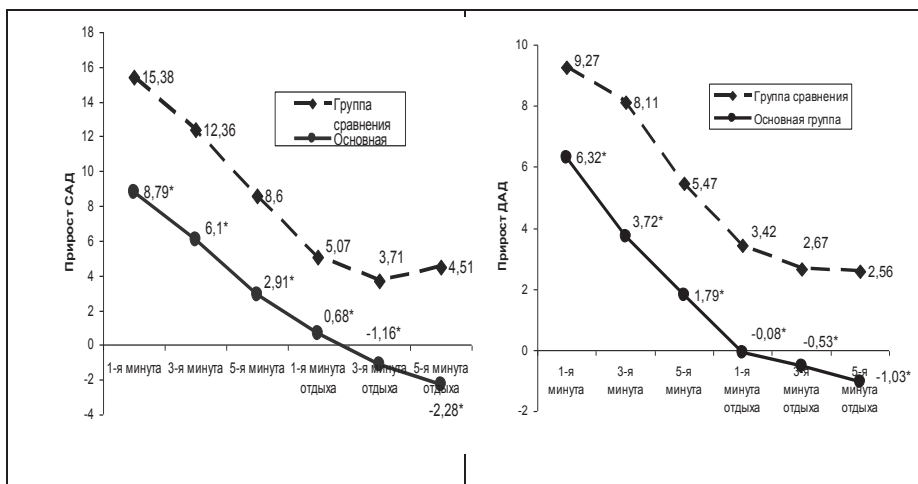


Рисунок 1. Динамика прироста САД и ДАД (средние значения) при проведении тестирования в основной и контрольной группах.

Примечание- *- $P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

При индивидуальной оценке результатов тестирования реакция АД на проведение теста « 7 ± 2 » в основной группе выглядела следующим образом. У 83 человек (69,2%; 95%ДИ: 60,9%-77,5%) наблюдался вариант нормальной реакции на психоэмоциональную нагрузку (подгруппа 1), у 20 человек (16,6%; 95%ДИ: 9,9%-23,3%) был гиперреактивный вариант реакции (подгруппа 2) и у 17 человек (14,2%; 95%ДИ: 8,0%-20,4%) отмечен гипертензивный вариант реакции на психоэмоциональную нагрузку (подгруппа 3).

В группе сравнения (гипертензивные лица) большинство пациентов (37 чел.) демонстрировали гипертензивный и гиперреактивный варианты реакции на психоэмоциональную нагрузку: 51,1% (95%ДИ: 36,5%-65,7%) пациентов (23 чел.) и 31,1% (95%ДИ: 17,6%-44,6%) пациентов (14 чел.) соответственно, что достоверно больше (χ^2 , $P < 0,05$), чем в основной группе (рисунок 2). Только 17,8% (95%ДИ: 6,6%-29,0%) пациентов (8 чел.) по характеру реакции на нагрузку относились к подгруппе 1, что может быть обусловлено как индивидуально недостаточной стрессогенностью нагрузки, так и снижением функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

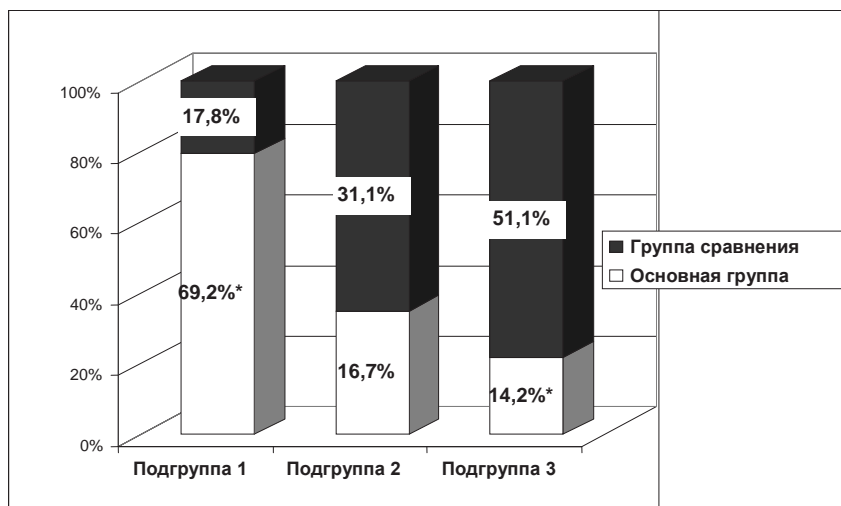


Рисунок 2. Доля лиц с различными уровнями прироста АД при проведении психоэмоциональной пробы в группах исследования.

Примечание- *- $P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, практически здоровые лица, с нарушением реагирования сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональную нагрузку, нуждаются в дополнительном обследовании.

Исследование функционального состояния сосудов в группах наблюдения продемонстрировало следующие результаты. В основной группе не имели нарушения ВФ эндотелия 61,7% (95%ДИ: 53,0%-70,4%), умеренно выраженное нарушение было выявлено у 10,0% (95%ДИ: 4,6%-15,3%), выраженное нарушение – у 21,7% (95%ДИ: 14,3%-29,1%), резко выраженное нарушение – у 6,7% (95%ДИ: 2,2%-11,2%). В группе сравнения было нарушения ВФ эндотелия только у 15,6% (95%ДИ: 5,0%-26,2%). На каждой минуте исследования имелись достоверные отличия значений $\Delta dz/dt$ в сравниваемых группах, как в процессе первой пробы, так и при оценке резерва (проба повторная). Исследование ВФ эндотелия в подгруппах 1, 2, 3 (с разными типами реакции на нагрузочный тест « 7 ± 2 ») основной группы выявило, что в подгруппе 1 нарушения ВФ сосудов отсутствовали у 69,9% (95%ДИ: 60,0%-79,7%), в подгруппе 2 – у 65,0% (95%ДИ: 44,1%-85,9%), а в подгруппе 3 – только у 11,8% (95%ДИ: 0,0%-27,1%) лиц, что достоверно меньше, чем в подгруппе 1 ($P < 0,05$) и подгруппе 2 ($P < 0,05$) и не отличается значимо от группы гипертензивных пациентов. На каждой минуте пробы с реактивной гиперемией показатели $\Delta dz/dt$ в подгруппе 3 были достоверно ниже, чем в подгруппе 1 ($P < 0,05$) и статистически значимо не отличались от группы сравнения.

Анализ суточной динамики АД в обеих группах показал, что средние величины показателей СМАД в основной группе, как и следовало ожидать, не отличались от общепринятых норм, а у пациентов группы сравнения соответствовали диагнозу АГ. В подгруппах здоровых и практически здоровых лиц с различной гемодинамической реакцией на нагрузку средние показатели СМАД также не отличались от принятой нормы, однако при сравнении между собой подгруппа 3 достоверно ($P < 0,05$) отличалась от подгруппы 1 более высокими средними индексами САД и среднего АД за сутки и день, индексами времени и площади САД и ДАД за день и сутки, вариабельностью САД и ДАД за день, а так же индексом ригидности артерий ASI, хотя и находились в пределах принятых норм. Данное обстоятельство подтверждает, что пациентов подгруппы 3 можно рассматривать как группу повышенного риска развития АГ, так как по показателям СМАД они занимают промежуточное положение между нормотензивными и гипертензивными лицами.

Выводы

1. Тест « 7 ± 2 » выявил среди практически здоровых молодых людей у 16,62% «гиперреактивный» тип реакции на нагрузку, у 14,17% — «гипертензивный» тип. У пациентов с впервые выявленной АГ патологические типы реакций диагностированы у 82,22% лиц.

2. В группе практически здоровых молодых людей 38,3% лиц имели различные нарушения вазомоторной функции эндотелия, а в подгруппе испытуемых с гипертензивной реакцией на нагрузку такова доля составила 88,2%, статистически достоверно не отличаясь от группы пациентов с АГ.

3. Тест « 7 ± 2 » позволяет выявить среди практически здоровых молодых людей группу лиц с ранними функциональными гемодинамическими нарушениями, что позволяет рассматривать их как группу повышенного риска развития АГ и требует их дальнейшего наблюдения и обследования.

4. Тест « 7 ± 2 » прост в выполнении, не требует специального оборудования и подготовки, может быть использован на амбулаторном и стационарном этапе оказания медицинской помощи.

Литература

1. Аронов, Д.М. Функциональные пробы в кардиологии / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов. // М.: Медпресс 2007. 295 с.

2. Сидоренко, Г.И. Психозмоциональные тесты и перспективы их применения в кардиологии / Г.И. Сидоренко, А.В. Фролов, А.П. Воробьев // Кардиология. 2004. №6. – С. 56 - 64.

3. Miller, G. The Medical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on Our Capacity for Processing Information / G. Miller // The Psychological Review. 1956. Vol. 63. – P. 81 - 97.

4. Способ диагностики гипертензивной реакции на информационную нагрузку. Патент ВУ № 15651 / Н.Н. Корзун, Н.М. Еремина.- Заявка №а20090355; приор. 26.12.2011.

МРТ – ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО - КУШИНГА

*Журавлев В.А.**; Шанько Ю.Г.*; Данилова Л.И.**; Радюк Д.В.**;
Луцик М.Л.**; Короленко Г.Г.****

** - РНПЦ неврологии и нейрохирургии, Минск, Беларусь*

*** - БелМАПО, Минск, Беларусь*

**** - УЗ 10 ГКБ, Минск, Беларусь*

Введение. Диагностика кортикотропных опухолей гипофиза является актуальной задачей, особенно в связи с тем, что значительное количество кортикотропином представлено именно микроаденомами. Методом выбора в лечении болезни Иценко-Кушинга является хирургическое удаление опухоли. Поэтому адекватная дооперационная диагностика с четкой визуализацией опухоли гипофиза является основным условием проведения хирургического вмешательства.

Актуальность проблемы. Распространенность кортикотропных аденом гипофиза по данным различных исследователей различается, и составляет от 0,17 до 1,2 на 100 000 населения.

Нейрохирургическое лечение – удаление кортикотропной аденомы гипофиза – проводится на базе нейрохирургических отделений РНПЦ неврологии и нейрохирургии в количестве до 4-6 операций в год. Выполняемое количество операций явно недостаточно для оказания адекватной нейрохирургической помощи данной категории пациентов. Основная причина малого количества выполняемых операций у пациентов с болезнью Иценко - Кушинга является низкий уровень выявляемости новообразования при проведении нейровизуализации.

Цель исследования. Улучшить качество нейровизуализации кортикотропных аденом гипофиза.

Особые трудности при визуализации кортикотропином обусловлены рядом причин. Большинство (60-80%) опухолей являются микроаденомами, для выявления которых необходимо проведение МРТ гипофиза с внутривенным контрастированием. От 30 до 80% всех пациентов с АКТГ – продуцирующими микроаденомами имеют так называемые «МРТ – негативные» опухоли.

В связи с этим назрела необходимость поиска более совершенных методов диагностики, позволяющих повышать выявляемость опухолей гипофиза, в то числе микроаденом.

Материал и методы. Проведено обследование 10 пациентов с подозрением на АКТГ продуцирующую микроаденому гипофиза. По данным предшествующего МРТ на томографах 1-1,5 Тл не было выявлено достоверных диагностических критериев для установки диагноза «микроаденома гипофиза». У 3 (30,0%) из них на предшествующей МРТ имело место подозрение на аденому гипофиза в виде выпуклого верхнего контура железы, и у 2 пациента (20,0%) была асимметрия стебля гипофиза с его отклонением в сторону. У остальных 5 пациентов (50,0%) имели место «МР – негативные» кортикотропные микроаденомы гипофиза.

В качестве метода визуализации была проведена динамическая МР - томография с болюсным контрастным усилением. Внутривенно для контрастирования использовался препарат «Омнискан».

Исследование проводилось на высокопольном (3-Тесла) МР – томографе, расположенном в РНПЦ неврологии и нейрохирургии.

Использовались следующие последовательности: Ax T2 propeller, Sag T2 (thin sella), Cor T2 (thin sella), Cor T1 (thin), +с-T1 FSE Dynamic, Cor T1 (thin) C+, Ax 3D T1 FSPGR.

При выполнении последовательностей Sag T2 (thin sella), Cor T2 (thin sella), Cor T1 (thin) проводилось планирование «тонких срезов» через гипофиз, с интервалом менее 1 мм, по которым в дальнейшем проводилось динамическое сканирование с болюсным усилением.

При включении последовательности «+с-T1 FSE Dynamic» внутривенно болюсом вводилось контрастное вещество (нами использовался «Омнискан»). Доза контраста рассчитывалась индивидуально в каждом случае, и составляла примерно ½ от дозы контраста при выполнении накопительного контрастирования (0,05 ммоль/кг веса тела; эквивалентна 0,1 мл/кг).

МРТ исследование заканчивалось последовательностью «Ax 3D T1 FSPGR», для импорта данных контрастной МРТ в станцию нейронавигации.

На полученных в динамике по фазам изображениях были выбраны интересующие области, максимально подозрительные на опухолевую ткань. Математическая обработка полученных данных позволила получить результат в виде графиков пофазного накопления и выведения контрастного вещества в выбранных зонах, подозрительной на опухоль и здоровой ткани аденогипофиза.

В первые 1-2 фазы исследования накопления контраста в аденогипофиза не отмечается. Полученная кривая на графике накопления/выведения контраста имеет «параболический» вид.

При динамическом контрастировании в опухолевой ткани определяется медленный набор контраста со 2-3 фазы. Набор контраста продолжается в то время, когда аденогипофиз уже начинает его выведение.

Результаты. По данным проведенного динамического МРТ с болюсным контрастным усилением у всех 6 (100,0%) пациентов выявлены гормональноактивные АКТГ – секретирующие микроаденомы гипофиза. Таким образом, в представленной серии наблюдений во всех случаях при подозрении на АКТГ – продуцирующую микроаденому при проведении динамического МРТ с болюсным контрастированием была визуализирована опухоль. Данное обстоятельство определило дальнейшую тактику лечения этой группы пациентов в виде хирургического вмешательства – эндоскопического трансназального удаления аденомы гипофиза.

Выводы. Анализ проведенных нами исследований показал, что в диагностике микроаденом гипофиза, в том числе «МРТ - негативных», динамическая МРТ с болюсным контрастированием является наиболее точным методом визуализации.

Применяемые ранее методы МРТ с накопительным внутривенным контрастированием подобной информативностью не обладали.

РОЛЬ КАТЕТЕРИЗАЦИИ КАВЕРНОЗНЫХ СИНУСОВ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

*Журавлев В.А. **, Шанько Ю.Г. *, Данилова Л.И. **, Радюк Д.В. **, Чухонский А.И. * Капацевич С.В. *, Кисурин Е.В. *, Короленко Г.Г. ***, Дашкевич Е.И. ****

** - РНПЦ неврологии и нейрохирургии, Минск, Беларусь*

*** - БелМАПО, Минск, Беларусь*

**** - УЗ 10 ГКБ, Минск, Беларусь*

Резюме. В статье представлена методика выполнения отдельной катетеризации кавернозных синусов с забором проб крови из кавернозных, каменистых, сигмовидных синусов с обеих сторон. Целью забора крови являлось исследование уровня АКТГ в плазме представленных образцов.

Проведено сравнение градиента содержания АКТГ в кавернозных, каменистых и сигмовидных синусах с обеих сторон.

Была подтверждена высокая эффективность метода как в дифференциальной диагностике центрального и периферического гиперкортизолизма, так и в верификации микроаденом гипофиза при сомнительных или МРТ-негативных данных нейровизуализации, а также выявлении стороны локализации микроаденомы в ткани аденогипофиза.

Выявлено, что при сомнительных данных МРТ выполнение катетеризации кавернозных синусов и исследование уровней АКТГ в пробах крови является практически единственным методом точной дооперационной

верификации наличия у пациента кортикотропной аденомы гипофиза, а также позволяет выявить латерализацию расположения микроаденомы при МРТ-негативной кортикотропине.

Основная часть.

АКТГ – секретирующие аденомы гипофиза приводят к развитию тяжелого прогрессирующего центрального гиперкортизолизма с формированием полной клинической картины болезни Иценко-Кушинга. Заболевание достаточно редкое, однако протекает с развитием грубых эндокринологических нарушений и без специального лечения медиана выживаемости составляет около 5 лет.

Несмотря на достигнутые успехи в развитии нейровизуализации своевременное выявление АКТГ – секретирующей опухоли является серьезной проблемой, так как в ряде случаев (от 30 до 80%) микроаденома является МРТ-негативной, то есть не дифференцируется на фоне неизмененного аденогипофиза [1 с. 6].

Также необходимо четко дифференцировать центральный (обусловленный АКТГ – секретирующей опухолью гипофиза) и периферический (связанный с патологией надпочечников, либо ятрогенный) гиперкортизолизм.

Методом выбора в лечении болезни Иценко-Кушинга является хирургическое удаление опухоли. С учетом вышеобозначенных трудностей дооперационной верификации совершенствование нейровизуализации и лабораторной диагностики является актуальной задачей [2 с. 58].

Метод катетеризации кавернозных синусов основан на важном анатомо-физиологическом принципе строения венозной системы гипофиза: предсказуемом унилатеральном оттоке венозной крови в соответствующие кавернозные синусы. При наличии «МРТ-негативной» микроаденомы, латерализованной в одной половине гипофиза, уровень АКТГ, взятый из унилатерального с опухолью кавернозного синуса будет превышать уровень АКТГ, взятый из противоположного кавернозного синуса с клинически значимым градиентом (более 1,4), что является функциональным подтверждением, по крайней мере, стороны наличия опухоли, либо локализации очага гиперплазии кортикотрофных клеток аденогипофиза [3 с. 427].

Клиническая значимость метода также заключается в возможности дифференциации центральной и периферической секреции АКТГ и АКТГ-независимых вариантов гиперкортицизма. Определение максимального градиента уровней АКТГ центр/периферия ≥ 2 без введения стимулирующих агентов и/или ≥ 3 после введения кортиколиберина позволяет с высокой вероятностью подтвердить центральный гиперкортизолизм и исключить другие варианты.

Материалы и методы.

Данный метод применяется с 2014 года, всего обследовано 6 пациентов с клинически неясным диагнозом. По результатам проведенного исследования всем 6 пациентам диагноз «центральный гиперкортизолизм» был подтвержден.

Методика выполнения процедуры. Раздельная катетеризация кавернозных синусов является оперативным вмешательством, проводимым в РНПЦ неврологии и нейрохирургии в отделении рентгенэндоваскулярной нейрохирургии. При выполнении этого вмешательства использовался комбинированный артериальный и венозный доступ. Выполнялся стандартный доступ к правой бедренной вене и артерии, устанавливались интродьюсеры, и проводились катетеры к внутренней сонной артерии и яремной вене. Введение контраста в артерию позволяло контрастировать унилатеральную яремную вену, и контролировать положение катетера в яремной вене и дистальнее в синусах твердой мозговой оболочки интракраниально.

Венозный катетер проводился из яремной луковицы в нижний каменистый синус, и дистальнее в кавернозный.

В двух случаях из 6 (33,3%) ввиду анатомических особенностей провести катетер через правый нижний каменистый синус в правый кавернозный не представилось возможным. У этих пациентов катетеризация правого кавернозного синуса была произведена через левый нижний каменистый, левый кавернозный, межкавернозный синус. Точность стояния катетера контролировалась рентгенологически.

После верификации расположения катетеров в кавернозных синусах производится одномоментный забор крови из правого / левого кавернозных, правого / левого нижних каменистых; правого / левого сигмовидных синусов, с контролем из бедренной вены.

Кровь забиралась в специальные пробирки для исследования в плазме нестойких пептидных гормонов. Лабораторное исследование образцов на содержание АКТГ проводилось в гормональной лаборатории УЗ 10 ГКБ г.Минска.

Диагностическую ценность имеет превышение уровня АКТГ выше верхнего предела нормы, и/или наличие градиента уровня АКТГ правая сторона / левая сторона более чем 1,4.

Данные по содержанию АКТГ в образцах периферической крови, исследовавшихся в различные сроки на догоспитальном этапе, и содержанию АКТГ в синусах мозговых оболочек при раздельной катетеризации кавернозных синусов, представлены на рисунках 1 и 2.

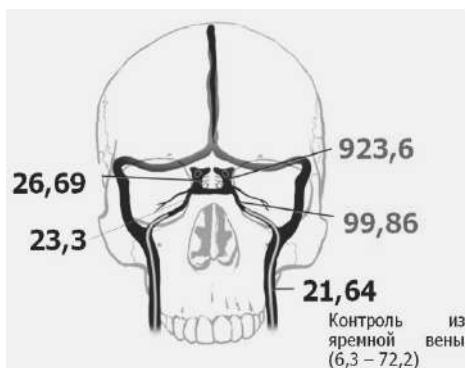


Рисунок 1. Результаты исследования крови на АКТГ пациента 1

У пациента 1 выявлено превышение содержания АКТГ в левом кавернозном синусе над правым более чем в 30 раз. Также отмечено, что градиент между содержанием АКТГ в синусах правой и левой сторон сохраняется и в нижних каменистых синусах – превышение более чем в 4 раза.

Обращает на себя внимание тот факт, что при сомнительных данных, полученных при исследовании АКТГ из периферической крови (неубедительное превышение в одном из образцов, в то время как несколько других находятся в пределах нормы), при исследовании крови из синусов получены убедительные значения, указывающие не только на наличие «центрального» гиперкортизолизма, но и указывающие на сторону патологического процесса, расположенного в гипофизе.

У пациента 2 выявлено превышение содержания АКТГ в правом кавернозном синусе над левым более чем в 3 раза. Также отмечено, что градиент между содержанием АКТГ в синусах правой и левой сторон сохраняется и в нижних каменистых синусах – превышение более чем в 1,7 раза.

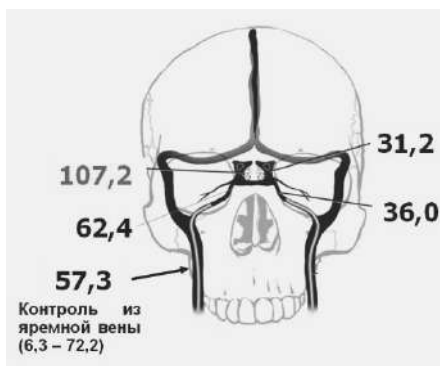


Рисунок 2. Результаты исследования крови на АКТГ пациента 2

Верификация гипофизарного (центрального) гиперкортизолизма определяло дальнейшую тактику диагностики и лечения пациентов. Всем пациентам было выполнено МРТ гипофиза с динамическим болюсным контрастированием для визуализации АКТГ-продуцирующей микроаденомы.

Из 15 пациентов, оперированных в отделениях нейрохирургии РНПЦ неврологии и нейрохирургии по поводу кортикотропной аденомы гипофиза, МРТ - негативные аденомы были у 6 человек. В этих случаях диагноз «центральный гиперкортизолизм» был верифицирован у всех 6 (40,0%) пациентов. Без данной верификации в оперативном лечении этим пациентам было бы отказано ввиду отсутствия МР – убедительных признаков опухоли, и четкого дифференциального диагноза между центральным и периферическим гиперкортизолизмом.

Выводы. Анализ проведенных исследований показал, что в диагностике кортикотропином раздельная катетеризация КС имеет принципиальное значение. Данный метод расширяет диагностические возможности, что повышает качество диагностики пациентам с кортикотропными аденомами гипофиза.

Применяемые ранее методы исследования АКТГ в плазме в периферической крови подобной информативностью не обладали.

Литература

1. Elster, A.D. Modern Imaging of the Pituitary. // Radiology. – 1993. – Vol. 187. – P. 1–14.
2. Данилова Л.А. Синдром Иценко-Кушинга: современные диагностические подходы / Л.А. Данилова // ARS medica. – 2012. – Т. 70, № 15. – С. 57-66.
3. Аденомы гипофиза (Глава 36) / Ю.Г. Шанько, В.А. Журавлев, В.А. Смянович, Л.И. Данилова, Д.В. Радюк // Онкол. журн. – 2013. – Т. 7, № 1. – С. 425–432.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Иванов А.В., Санкович Е.В., Лихачев С.А.

Болезнь Паркинсона представляет хроническое, медленно-прогрессирующее заболевание, сопровождающееся нарушением двигательных функций и рядом расстройств. Вызвано прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов, вырабатывающих медиатор дофамин. Болезнь Паркинсона является наиболее частым нейродегенеративным заболеванием. Его частота

составляет от 60 до 140 случаев на 100 000 населения. Число больных значительно увеличивается среди представителей старших возрастных групп. Чаще болеют мужчины, чем женщины

Ведущими симптомами являются:

Мышечная ригидность.

Гипокинезия.

Тремор.

Постуральная неустойчивость.

Существующие методы консервативного и оперативного лечения позволяют значительно улучшить качество жизни больных.

Цель работы: оценить эффективность лечения болезни Паркинсона в зависимости от возраста и стадии болезни.

Материалы и методы:

Нами проанализировано 30 историй болезней пациентов с диагнозом: болезнь Паркинсона, проходивших лечение в неврологическом отделении 10 ГКБ г. Минска в 2014г.

Средний возраст обследуемых составлял от 56 до 81 года. Работоспособного возраста было 6 человек (1 женщина и 5 мужчин).

Всего было 14 мужчин и 16 женщин.

Основную массу пациентов представляли больные возрастных групп с сопутствующими диагнозами: дисциркуляторная энцефалопатия, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца. У двух больных сопутствующим диагнозом был сахарный диабет.

Из 24 пациентов в пожилом возрасте дебют заболевания был зарегистрирован в 7 случаях. Согласно протоколов лечения в дебюте заболевания назначались ингибиторы обратного нейронального захвата (амантодин) и стимуляторы допаминэргической передачи в ЦНС (мирапекс).

Из лабораторных методов обследования, как наиболее ярко отражающий показатель, характеризующий взаимосвязь заболевания с возрастом мы выделили определение уровня холестерина в крови. У 70% больных он был выше нормы.

По клиническим формам пациенты распределились следующим образом:

- акинетико-ригидная - 5 человек.

- дрожательно- ригидная - 25 человек.

Больные получали следующее лечение:

1. Дофаминэргические препараты (мадопар, синдопа).

2. Ингибиторы обратного нейронального захвата дофамина (амантадин, мидантан).

3. Стимуляторы допаминэргической передачи в ЦНС (мирапекс) и их комбинации.

Так же одновременно с специфическим лечением они принимали антиоксиданты, антигипоксанты, ноотропные, сосудорегулирующие препараты, ЛФК.

Согласно протоколов лечения пациентам в дебюте заболевания назначались ингибиторы обратного нейронального захвата (амантодин) и стимуляторы допаминэргической передачи в ЦНС (мирапекс). Остальные больные дополнительно к вышеуказанным лекарственным средствам, получали леводопосодержащий препарат (мадопар). Однако у всех обследуемых в дебюте заболевания наблюдалась недостаточная положительная динамика. Возможно этот факт можно объяснить истощением и дегенеративными изменениями в дофаминовых рецепторах полосатого тела. Поэтому в дальнейшем к лечению присоединялись дофаминэргические препараты (мадопар), антиоксиданты, антигипоксанты, ноотропные, сосудорегулирующие препараты, ЛФК.

В результате анализа проводимого лечения положительный результат был отмечен в 80% случаев. В 20% случаев сохранялась прежняя симптоматика (это возрастная группа больных, 6 человек, старше 76 лет).

Вывод:

Имеет смысл, что в дебюте заболевания в пожилом возрасте следует начинать лечение с приема леводопосодержащих медпрепаратов в сочетании с антиоксидантой, ноотропной, сосудисторегулирующей терапией.

Литература

1. С.А. Лихачев, А.В. Астапенко Болезнь Паркинсона рекомендации для врачей / Минск, 2010.
2. Мументалер М., Маттле Х. Неврология// Пер. с нем. под ред. О.С. Левина./ МЕДпресс-информ, 2007.-С. 920.
3. Б.В. Петровский Большая медицинская энциклопедия / М.,1982.-Т. 18._ С.1068-1072.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОУРОВНЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

*Исачкин Д.В., Турлюк Д.В., Янушко В.А., Черноглаз П.Ф., Ладыгин П.А.,
Михневич В.Б.*

*ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск,
Республика Беларусь*

Введение. Хирургическое лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), обусловленной поражением артерий бедренно-подколенно-берцовых сегментов (БПБС) остается актуальной проблемой [1]. Наиболее сложны в лечении многоэтажные поражения, которые наблюдаются у 20-60% пациентов, а также протяженные окклюзии магистральных артерий голени и стопы, встречающиеся у 13-20% [2,3]. Традиционные реконструктивные операции при этом часто невыполнимы, а операции не прямой реваскуляризации малоэффективны. Неудовлетворённость результатами лечения диктует необходимость поиска новых методов реваскуляризации [4].

Цель работы: оценить результаты различных методов лечения (консервативного, хирургического, «гибридного») у пациентов с атеросклеротическим поражением БПБС артерий нижних конечностей в стадии КИНК.

Материалы и методы:

В проспективное нерандомизированное исследование вошли 88 пациентов с многоуровневым атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в стадии КИНК. 30 пациентам были проведены «гибридные» операции (открытая шунтирующая операция на БПБС сегменте с последующей рентгенэндоваскулярной ангиопластикой артерий голени через шунт) (I группа), 32 пациентам была выполнено бедренно-подколенное (-берцовое) аутоинозное шунтирование по методике «in situ» (II группа), 26 пациентам проводилось только консервативное лечение (III группа).

Группы равнозначны по контингенту пациентов, клиническим проявлениям заболевания, сопутствующей патологии (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов с учетом характера поражения, клинических проявлений и сопутствующих заболеваний.

	I группа	II группа	III группа
<u>Всего пациентов</u>	30 (100%)	32 (100%)	26 (100%)
Средний возраст, лет	63,6	63,6	64,7
Пол: - мужчины	23 (77%)	28 (87%)	20 (77%)
<u>Клинические проявления:</u>			
- боль в покое	30 (100%)	32 (100%)	26 (100%)
- малые некрозы	20 (67%)	23 (72%)	17 (65%)
- большие некрозы	6 (20%)	6 (19%)	4 (16%)
<u>Сопутствующая патология:</u>			
- ИБС	30 (100%)	32 (100%)	26 (100%)
- поражение БЦА	5 (17%)	6 (19%)	3 (12%)
- сахарный диабет	10 (33%)	5 (16%)	6 (23%)
- артериальная гипертензия	28 (93%)	29 (91%)	25 (96%)
- курение	15 (50%)	22 (68%)	12 (4%)

У 100% пациентов всех групп выявлено множественное многоуровневое поражение БПБС (TASC D по классификации TASC II). У 81-91% пациентов выявлена IV ст. ишемии конечности по Фонтейну (5-6 категория по Rutherford), у 19-23% больных - III стадия (4 категория).

У пациентов I группы после операции шунтирования аутовеной по методике «in situ» выполнялась эндоваскулярная ангиопластика пораженных берцовых артерий с использованием длинных баллонов (через заранее выделенный приустьевой приток БПВ). Пациентам II группы выполнено бедренно-подколенное (-берцовое) аутовенозное шунтирование по методике «in situ». В связи с отказом от оперативного лечения пациентам III группы проводилось только консервативная терапия (вазопростан 20 мг в течение 10 суток). Все пациенты получали адекватную обезболивающую, дезагрегантную, метаболическую, гиполипидемическую терапию.

Оценку и анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных проводили по следующим критериям: летальность, функционирование шунтов, сохранность конечности, заживление трофических язв, динамика качества жизни. Оценка результатов лечения проводилась в сроки 1 и 3 года после операции.

Непосредственные результаты. Непосредственный хороший результат достигнут у всех пациентов I-II групп. В I группе в 15 (50%) случаях после выполнения баллонной дилатации берцовых артерий потребовалась имплантация стентов. Случаев диссекции интимы не было. В I-II группах не было случаев летальности или тромбоза зон реконструкции в ранний послеоперационный период.

Таблица 2. Непосредственные результаты различных методов лечения пациентов с КИНК.

	Койко-день		ЛПИ		ОСК		Купиро-вание КИНК
	общий	после операции	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
I группа	17,4	11,4	0,32	0,89	15,3	93,2	100%
II группа	24,6	16,1	0,39	0,87	14,1	47,4	100%
III группа	16,2	-	0,36	0,41	13	17	27%

При проведении статистического анализа получены следующие результаты:

- отмечается достоверный прирост ЛПИ и ОСК по конечности в I и II группах ($p < 0,001$), достоверного прироста ЛПИ и ОСК в III группе не отмечено;

- отмечаются достоверные различия в ОСК по конечности после вмешательства между группами I и II ($p = 0,02$), между группами I и III ($p < 0,001$), между группами II и III ($p < 0,001$);

- явления КИНК были купированы у 100% пациентов I и II групп и у 27% пациентов III группы ($p < 0,001$).

Отдаленные результаты.

Отдаленные результаты прослежены у 100% пациентов в сроки наблюдения 12 месяцев и у 80 (91%) пациентов в сроки наблюдения 36 месяцев. Конечными точками исследования являлись: ампутация пораженной нижней конечности, тромбоз зоны реконструкции, смерть пациента.

В I группе на протяжении всего периода наблюдения у пациентов отсутствовали случаи ампутаций, рецидивы КИНК. У 2 (7%) пациентов (у 1 – через 1 месяц, у 1 – через 1,5 года) развились тромбозы шунтов, возврата клиники КИНК не было. Умер 1 (3%) пациент через 2 года наблюдения.

Во II группе у 13 (41%) пациентов наступил тромбоз шунта (у 8 пациентов в сроки от 2 до 11 мес. после операции, у 5 – в сроки наблюдения от 1 до 3 лет). У 4 (31%) пациентов отмечалось усугубление степени ХАН нижней конечности без развития КИНК, у 9 (69%) пациентов произошёл возврат клиники КИНК, что потребовало выполнение высокой ампутации. Повторные реконструктивные операции этим пациентам не выполнялись. У 19 (59%) пациентов не отмечалось рецидивирования КИНК. В течение 3-х лет наблюдения после операции умерло 5 (16%) пациентов.

В III группе 16 (62%) пациентам была выполнена высокая ампутация пораженной нижней конечности в сроки различные сроки наблюдения (10 пациентам – в течение 1 года наблюдения, 6 пациентам – в сроки от 1 года до 3-х). У остальных 12 (38%) отмечалось постоянное рецидивирование клиники КИНК, что требовало проведения повторных курсов медикаментозной терапии. Умерло 10 пациентов (38%) в сроки наблюдения от 1 года до 3-х.

Кумулятивная проходимость зоны реконструкции через 12 мес. в I группе составила 96%, во II группе – 75% ($p = 0,02$). Кумулятивная частота сохранения конечности через 12 мес. в I группе составила 100%, во II группе – 81%, в III группе – 61,5% ($p < 0,01$).

Кумулятивная проходимость зоны реконструкции через 3 года в I группе составила 90%, во II группе – 59% ($p = 0,006$). Кумулятивная частота сохранения конечности через 3 года в I группе составила 100%, во II группе – 71%, в III группе – 38% ($p < 0,01$).

Таблица 3. Значения ОСК по конечности и ЛПИ у пациентов после различных методов лечения в различные сроки наблюдения.

	ОСК, мл/мин					ЛПИ		
	до лечения	через 1 год		через 3 года		до лечения	через 1 год	через 3 года
	берцовые артерии	берцовые артерии	шунт	берцовые артерии	шунт	я	год	а

I группа	15,3	91,5	225	87	201	0,32	0,92	0,91
II группа	14,1	49,5	169	44	158	0,39	0,84	0,81
III группа	13	12,5	-	11	-	0,36	0,34	0,34

В сроки наблюдения 1 и 3 года отмечаются достоверные отличия значений ЛПИ между I и III группами ($p < 0,001$), между II и III ($p < 0,001$), а также между I и II группами ($p = 0,017$). В I и II группе в сроки 1 и 3 года после операции отмечается достоверный прирост ОСК ($p < 0,001$). При этом у пациентов I группы отмечается достоверно большая ОСК по конечности и шунту по сравнению с пациентами II группы ($p < 0,05$). У пациентов III группы отсутствует достоверные прирост кровотока в отдаленном периоде наблюдения.

У всех пациентов I группы и у пациентов (с функционирующим шунтом) II группы отмечается достоверный прирост дистанции ходьбы в сроки наблюдения 1 и 3 года. Для I группы средняя дистанция ходьбы составила 696 ± 186 м через 1 год и 670 ± 166 м через 3 года, для II - 541 ± 215 м через 1 год и 523 ± 174 м через 3 года. Дистанция ходьбы достоверны выше у пациентов I группы по сравнению с пациентами II группы ($p < 0,05$).

В сроки наблюдения до 12 месяцев у пациентов с функционирующим шунтом I и II групп зажили все некрозы. Средний срок заживления некрозов у пациентов I группы составил $1,5 \pm 0,5$ мес., для пациентов II группы - $4 \pm 0,8$ мес.

При анализе динамики качества жизни пациентов с КИНК по результатам опросника SF-36 в I и II группе отмечается достоверное улучшение по шкалам здоровье, физическая активность, социальная адаптация, боль ($p < 0,001$) (таблица 4). В III группе не отмечено достоверных изменений по результатам опросника в сроки наблюдения 1 и 3 года после лечения.

Таблица 4. Динамика качества жизни пациентов с КИНК после различных методов лечения по результатам опросника SF-36.

	I группа		II группа	
	через 1 год	через 3 года	через 1 год	через 3 года

здоровье	+40%	+35%	+43%	+39%
Физическая активность	+36%	+29%	+24%;	+24%
Социальная адаптация	+14%	+17%	+13%	+16%
Боль	-55%	-50%	-48%	-36%

При проведении сравнительного анализа между тремя группами отмечены достоверные различия между I и III, II и III группами по вышеперечисленным шкалам ($p < 0,01$); между I и II группами – по шкале боль ($p = 0,02$).

Заключение.

Выполнение реконструктивных сосудистых операций достоверно снижают частоту ампутаций и повышают качество жизни пациентов с критической ишемией нижних конечностей ($p < 0,05$), а применение гибридной технологии хирургического лечения демонстрирует наилучшие результаты ($p < 0,05$) по сравнению с открытой хирургией.

Литература

1. Deborah J: Epidemiology and risk factor management of peripheral arterial disease / J. Deborah., C. Donnelly // J. Vasc. & Endovasc. Sur., - 2006, - P. 1-13.
2. Арбузов И.В., Спирин Ю.С., Боляновский И.И. Стратегия максимально полной реваскуляризации нижних конечностей – возможности комбинации эндоваскулярной и открытой хирургии // Вестник неотложной и восстановительной хирургии, - 2010, - Т. 11, - № 3, - С. 503
3. Бонцевич Д.Н. Опыт хирургического лечения критической ишемии ног // Вестник неотложной и восстановительной хирургии, -2010,-Т.11, - № 3,-с. 357
4. Nishibe T, Kondo Y, Dardik A, Muto A, Koizumi J, Nishibe M. Hybrid surgical and endovascular therapy in multifocal peripheral TASC D lesions: up to three-year follow-up. J Cardiovasc Surg (Torino). 2009 Aug;50(4):493-9.

ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ПОДГОТОВКИ К КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С УЧЕТОМ ТРОМБОЗА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Корнелюк И.В., Рабцевич В.А., Корнелюк О.М., Полевкова Н.Я.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

*УО «Белорусский государственный экономический университет»,
г. Минск, Беларусь
РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь
УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск, Беларусь*

Актуальность темы. Выбор антикоагулянтной подготовки к кардиоверсии у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий с учетом эхокардиографических предикторов тромбоза ушка левого предсердия. В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов 2010 [1, с. 435] эти две методики являются альтернативными. Однако выбор одной из них до сих пор не регламентирован.

Противоречивость ситуации заключается в том, что, по данным ряда авторов [1, с.435, 2, с.40], даже на фоне приема варфарина возможно образование тромбов в ушке левого предсердия (УЛП). С другой стороны, чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭхоКГ) позволяет выявить тромб УЛП, однако не является рутинным методом обследования, так как требует дополнительного оборудования, повышает стоимость лечения, плохо переносится пациентами. Поэтому выявление при трансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ) дополнительных факторов риска тромбоза УЛП у пациентов с персистирующей ФП может уточнить показания к проведению ЧПЭхоКГ и повлиять на выбор тактики антикоагулянтной подготовки с кардиоверсии.

Целью исследования была разработка дифференцированного подхода к антикоагулянтной подготовке пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий, планируемых на кардиоверсию, на основе уточнения клинической значимости дополнительных факторов, влияющих на формирование тромба в ушке левого предсердия, выявляемых при ТТЭхоКГ.

Материал и методы. В исследование включено 67 пациентов ИБС с персистирующей ФП, планируемых на кардиоверсию - из них 16 (23,9 %) женщин. Все пациенты имели риск развития ТЭ по CHA2DS2-VASc 0-1. Длительность персистирования ФП (ДПФП) составила 60 [30,0/150,0] дней. ХСН ФК I - у 26 человек (38,8%), ФК II – у 38 (56,7%). У 3 человек (4,5%) признаков ХСН не отмечалось. ХСН III-IV ФК не зафиксирована. Пациентам перед ЭКВ проводилась ТТЭхоКГ и ЧПЭхоКГ. При ТТЭхоКГ анализировались: передне-задний размер ЛП (D1), медиально-латеральный размер ЛП (D2) и верхне-нижний размер ЛП (L), конечно-систолический (КСР) и конечно диастолический (КДР) размеры ЛЖ и фракция выброса (ФВ) ЛЖ в М-режиме (ФВ ЛЖ М). При ЧПЭхоКГ определялось наличие тромба или феномена спонтанного контрастирования, учитывались: площадь УЛП и пиковая скорость кровотока (ПСК) УЛП.

Результаты исследования.

У исследуемых пациентов, по данным ТТЭхоКГ, имело место расширение ЛП (D1 ЛП составил 44,0 [42,0/46,0]). Средние размеры левого желудочка и его ФВ не выходили за пределы нормальных значений (57,0 [55,0/62,0] и 53,5 [47,0/61,0] соответственно).

По результатам ЧПЭхоКГ пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 24 пациента (35,8%), у которых при ЧПЭхоКГ был выявлен тромб в УЛП. Во вторую вошли 43 пациента (64,2%) без тромбов – в последствии была выполнена ЭКВ.

Группы были сопоставимы по размерам камер сердца и ряду других показателей (таблица). В то же время, по данным ТТЭхоКГ, в группе с тромбозом ФВ ЛЖ (47,0 [44,0/55,0]%) была достоверно ниже, чем у пациентов без тромба (55,0 [51,0/62,0]%), (P=0,021).

Таблица 1. Сравнительная характеристика групп.

	Группа без тромба	Группа с тромбом	MW*
Показатель	Me [LQ/UQ]	Me [LQ/UQ]	p
Возраст, года	54,0 [48,0/57,0]	54,5 [50,5/57,0]	0,511
Вес, кг	98,0 [82,0/108,0]	98,0 [90,0/100,0]	0,733
Рост, см	175,0 [170,0/180,0]	180,0 [175,0/183,0]	0,161
ИМТ	29,3 [24,9/35,6]	30,8 [29,2/31,9]	0,820
ДПФП, дни	46,0 [30,0/120,0]	120,0 [60,0/180,0]	0,014
ЧСС средняя	85,5 [75,5/95,5]	98,0 [88,0/104,0]	0,04
ЛП D1, мм	44,0 [40,0/46,0]	45,0 [43,5/46,0]	0,095
ЛП D2, мм	44,0 [42,0/46,0]	45,0 [44,0/46,0]	0,164
ЛП L, мм	57,0 [53,0/60,0]	58,0 [56,0/60,0]	0,542
КСР ЛЖ, мм	39,0 [36,0/41,0]	43,0 [38,0/46,0]	0,093
КДР ЛЖ, мм	57,0 [56,0/61,0]	57,0 [53,0/62,0]	0,909
ФВЛЖ M, %	55,0 [51,0/62,0]	47,0 [44,0/55,0]	0,021

* - сравнение независимых выборок по критерию Манна-Уитни

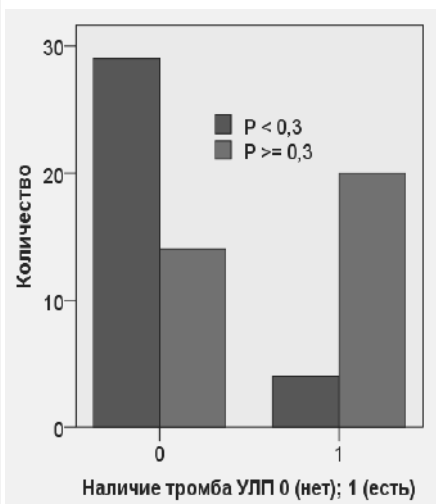
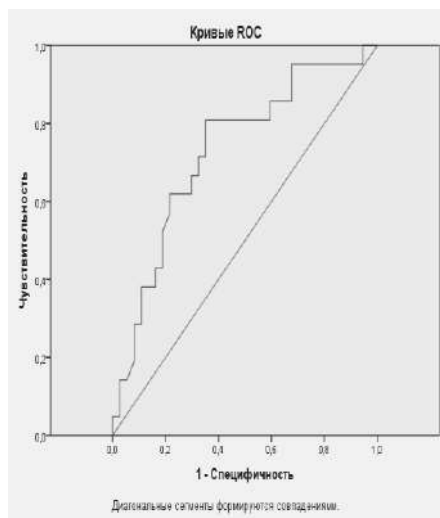
Для уточнения прогностической значимости был выполнен логистический регрессионный анализ по изучаемым эхокардиографическим показателям. Методом пошагового исключения получены статистически значимые коэффициенты регрессии для следующих показателей в уравнении логистической регрессии:

ФВ ЛЖ и

ЛП D1.

$$p = 1 / (1 + e^{-(B_1 \times \text{ФВ ЛЖ M} + B_2 \times \text{ЛП D1})})$$

Проведен анализ ROC кривой по этим двум показателям, (S=0,730, p=0,04) установлено оптимальное значение порога классификации. Установлено, что при p>0,3 определяется повышенный риск тромба ушка ЛП (чувствительность 65%, специфичность 81%).



Посредством ROC-анализа выявлены наиболее подходящие пороговые значения переменных (ОШ=10,4 [3,0; 36,0], LR+=2,6 [1,6; 4,1] LR-=0,25 [0,1; 0,6], чувствительность 83%, специфичность 67%):

для ЛП D1= 42 мм и

для ФВ ЛЖ (М-режим) – 50%

Другими словами, если присутствуют оба фактора риска - ЛП D1>42 мм и ФВ<50% - то вероятность тромба повышена. Если отсутствует хотя бы один из них, то вероятность тромба обычная.

Выводы:

1. У пациентов с персистирующей ФП сочетание снижения ФВ ЛЖ (в М-режиме) < 50% и расширение ЛП > 42 мм повышает риск тромбоза УЛП (чувствительность 83%, специфичность 67%).

2. У пациентов с персистирующей ФП при сочетании расширения ЛП>42 мм и снижении ФВ ЛЖ<50% по ТТЭхоКГ рекомендовано выполнение ЧПЭхоКГ. При исключении тромбоза УЛП показана ускоренная антикоагулянтная подготовка с немедленной кардиоверсией.

Литература

1 - Pozzoli M, Febo O, Torbicki A et al. Left atrial appendage dysfunction: a case of thrombosis? Evidence by transesophageal echocardiography-Doppler studies. // Journal American Society of Echocardiography. – 1991. –Vol.4. – P.435-441

2. Алексеевская И.Н., Персидских Ю.А., Корнелюк И.В., Севрук Т.В., Устинова И.Б. Прединдикторы тромбоза ушка левого предсердия у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий // Медицинская панорама. – 2008. - № 6. – С. 40-45

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ЧЕРЕЗ ТРИ МЕСЯЦА ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Корнелюк О. М, Мрочек А. Г., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р., Колядко М. Г., Русских И. И, Корнелюк И. В., Рабцевич В.А.

*РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь
УО «Белорусский государственный экономический университет», Минск, Беларусь*

Актуальность темы. Проблема борьбы с фибрилляцией предсердий (ФП) является одной из самых актуальных в лечении тахисистолических нарушений ритма сердца, так как ФП является одним из наиболее часто встречающихся видов тахиаритмий, ей принадлежит около 30% среди всех нарушений ритма, и по распространенности ФП занимает второе место, уступая только экстрасистолии. [1, с. 888].

Радиочастотная катетерная абляция (РЧА) стала на сегодняшний день основным методом лечения большинства симптоматических изолированных форм наджелудочковых и желудочковых тахикардий [2, с.341, 3, с. 182]. Начиная с работ M.Haissaguerre (1996-2004) и B.Avitall и соавт. (1998-2003), C.Parrone и соавт. (1996-2004), было доказано, что сегодня катетерным методом РЧА можно устранить пароксизмальную форму ФП у 90% больных, а хроническую ФП - у 40-85% больных. По данным Ардашева А. В. и соавт. эффективность процедуры составляет 98%. Однако следует отметить, что такие высокие результаты наблюдаются после повторных сессий процедуры РЧА. [4, с. 39].

Согласно исследованию MANTRA-PAF trial для достижения 80% успеха у пациентов с пароксизмальной ФП необходимо в среднем 1,5 процедуры. Вопрос о количестве процедур у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей ФП остается открытым. Следует отметить, что у пациентов с риском рецидива может понадобиться более тщательное наблюдение и более длительное назначение антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

За последние годы было проведено большое количество исследований по поиску факторов, влияющих на возможное развитие рецидива ФП, и большинство авторов пришли к выводу о том, что комплексное предоперационное обследование пациентов с ФП позволит выделить группы пациентов с заранее прогнозируемыми возвратами ФП. Однако до сегодняшнего дня не определены четкие, в том числе биохимические, предикторы рецидивирования ФП после РЧА.

В ряде исследований изучались такие биохимические показатели как гомоцистеин, BNP, маркеры воспаления, в частности СРБ. Согласно Eleni Hatzinikolaou-Kotsakou и соавт. Повышение уровня С-реактивного белка увеличивает вероятность возникновения рецидива ФП после РЧА [5, с. 659]. Однако существует ряд исследований в которых контролировался уровень СРБ у больных с ФП и здоровых на протяжении 4 лет в которых не получено данных за достоверный риск развития рецидивов ФП у пациентов с изолированным повышением СРБ [6, с. 245]. В другом же исследовании, которое продолжалось на протяжении 7 лет, изучался уровень СРБ и интерлейкина-6 у пациентов после изоляции ЛВ по поводу ФП, и было установлено, что у пациентов с повышенным уровнем этих показателей выше риск рецидивов ФП и уровень смертности. [7, с. 262]. Существуют данные об исследовании пациентов с неклапанной ФП и изначально высоким уровнем СРБ и годичном их наблюдении, в котором говорится о том, что нормализация уровня СРБ увеличивает вероятность последующей свободы от ФП [8, с. 326].

Существуют данные, согласно которым, proBNP является независимым предиктором рецидива ФП после РЧА через 6 месяцев после операции [9, с.197]. По данным же других исследований, в которых также изучался уровень Na уретического пептида у больных с ФП и здоровых. Установлено, что его повышение неспецифично для больных с ФП, более специфично для группы пациентов с ФП в сочетании с дисфункцией ЛЖ [10, с. 1256]. Так что данный биохимический показатель также требует дальнейшего изучения.

Таким образом, нами выявлено, что на сегодняшний день существуют противоречивые данные о биохимических показателях и их прогностическом значении на рецидивы ФП после РЧА. Соответственно остается открытым вопрос о диагностическом значении повышения в крови уровня различных лабораторных показателей.

Анализ данных вышеуказанных биохимических маркеров может выявить группу повышенного риска рецидива.

Цель исследования: сравнительный анализ уровня биохимических показателей (NTpro-BNP, интерлейкин 6, гомоцистеин, СРБ) у пациентов с пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) до операции радиочастотной абляции легочных вен (РЧА ЛВ) и в первые сутки после нее в группах пациентов с эффективным оперативным лечением и рецидивом ФП через 3 месяца.

Материалы и методы: в исследование включено 20 пациентов (60% мужчин и 40% женщин) с пароксизмальной (90%) и персистирующей (10%) ФП, прошедших процедуру РЧА ЛВ. Средний возраст составил $49,7 \pm 12,03$ года. Сформировано 2 группы наблюдения в зависимости от наличия рецидива ФП через 3 месяца после РЧА. Наличие возврата ФП оценивалось по дневникам-хронокартам (ДХК) (изучалось наличие симптомных

пароксизмов по ДХК с верификацией их по ЭКГ) и/или данным холтеровского мониторирования (ХМ), которое проводилось всем пациентам в трехмесячный срок.

12 человек составили группу эффективно проведенной РЧА без рецидива в трехмесячный срок после процедуры, 8 – группу с рецидивом. Группы были сопоставимы по распределению пола 58,3-41,7% в первой и 62,5-37,5% во второй группе мужчин и женщин соответственно соответственно; возрасту (в первой группе 49 [40,5; 61], во второй – 52 [44; 56,6] лет; длительности ФП в течение 30 дней до РЧА, которая составила 38,5 [25,5; 60] часа в первой группе и 48 [23; 122] во второй группе.

Забор крови осуществлялся по стандартной методике до РЧА и в первые сутки после операции. Проводилось исследование следующих лабораторных показателей: NTpro-BNP, интерлейкин 6, гомоцистеин, СРБ.

Результаты: Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1. Лабораторные показатели пациентов в зависимости от эффекта РЧА

Показатель	Эффект + (нет рецидива)			N 1	Эффект – (есть рецидив)			N 2	MU*
	Me	LQ	UQ		Me	LQ	UQ		
BNP д/о	79,0	73,0	109,0	11	41,0	21,0	54,0	7	0,012754
proBNP 1д	112,0	68,0	186,0	7	23,0	20,0	112,0	5	0,104378
СРБ д/о	2,1	1,0	3,6	10	0,90	0,60	2,00	9	0,230332
СРБ 1 д	4,45	3,40	9,00	10	3,15	1,40	3,80	6	0,027487
гомощ. д/о	10,560	9,685	11,625	12	11,16	10,10	15,09	8	0,396066
гомощ. 1д	10,915	9,815	12,875	8	9,74	8,69	11,69	5	0,558185
ИЛ6 д/о	1,945	1,710	2,790	12	2,045	1,210	5,755	8	0,816961
ИЛ6 1д	5,810	5,035	8,415	8	5,730	4,930	6,540	5	0,883618

Исходные уровни таких показателей, как гомоцистеин и интерлейкин 6 в группах пациентов в зависимости от эффекта через 3 месяца после оперативного лечения ФП достоверно не различались. Однако исходный уровень NT pro-BNP был достоверно выше в группе рецидива ($p=0,012754$). Кроме того, уровень СРБ в первые сутки после РЧА достоверно ниже в группе пациентов, у которых в дальнейшем рецидива не наблюдалось ($p=0,027487$).

Выводы: У пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП после оперативного лечения в группе рецидива выявлены более высокие уровни NT pro-BNP до РЧА ЛВ по сравнению с группой без рецидивов. Также в группе с рецидивом ФП зарегистрировано более высокий уровень СРБ в первые сутки после хирургической манипуляции.

Литература

1. Ostrander LD, Brandt RL, Kjelsberg MO, Epstein FH. Electrocardiographic findings among the adult population of a total natural community // *Circulation*. – 1965. – Vol. 31. – P. 888-98.

2. Keane D. New catheter ablation techniques for the treatment of cardiac arrhythmias // *Cardiac Electrophysiol Rev*. – 2002. – Vol. 6. – P. 341-348.

3. Melo J, Adragao P, Neves J et al. Endocardial and epicardial radiofrequency ablation in the treatment of atrial fibrillation with a new intra-operative device // *Eur J Cardiothorac Surg*. - 2000. -Vol. 18. – P. 182-186.

4. А.В. Ардашев, Е.Г. Желяков, Е.А. Долгушина, М.С. и др. Радиочастотная катетерная абляция хронической формы фибрилляции предсердий методом изоляции легочных вен и анатомической модификации субстрата аритмии // *Кардиология*. – 2009. - № 1. – С. 39-46

5. Eleni Hatzinikolaou-Kotsakou, Dimitros Tziakas et al. Relation of C-reactive Protein to the First Onset and the Recurrence Rate in Lone Atrial Fibrillation // *The American Journal of Cardiology*. 2006. - Vol.97, issue 5. - P. 659-661

6. Dernellis J, Panaretou M. Effects of C-reactive protein and thr third and fourth components of complement (C3,C4) on incidence of atrial fibrillation // *Am J Card*. - 2006. – Vol. 97. – P. 245-248.

7. Conway DS, Buggins P et al. Prognostic significance of raised plasma levels of interleukin-6 and C-reactive protein in atrial fibrillation // *Am Heart J* 2004. – Vol. 148. – P. 462-466.

8. Shimo Dai, Shu Zhang, Ying hua Guo et al. C-reactive protein and atrial fibrillation: “Evidence for the presence of inflammation in the perpetuation of the arrhythmia” // *Int J of Cardiology*. - 2006. – Vol. 108. – P. 326-331.

9. den Uijl DW, Delgado V, Tops LF, et al. Natriuretic peptide levels predict recurrence of atrial fibrillation after radiofrequency catheter ablation // *Am Heart J*.- 2011. – Vol. 161, N1. – P. 197-203.

10. Rossi A, Enricues-Sarano M et al. Natriuretic peptide levels in atrial fibrillation // *J Am Col Card*. - 2000. – Vol. 35. – P. 1256-1262

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЛИЦ, СТРАДАВШИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, В СТРУКТУРЕ УМЕРШИХ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Ланицкий Д.В.^{1,2}, Ряполов А.Н.¹, Ермолкевич Р.Ф.¹, Митьковская Н.П.²,
Пучков А.Ф.³, Корнев Н.В.³*

*¹Государственное учреждение «432 Главный военный клинический
медицинский центр МО ВС Республики Беларусь»,*

*²Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет»,*

*³Учреждение здравоохранения «Городское клиническое
патологоанатомическое бюро», г. Минск, Беларусь*

Введение. На современном этапе как самостоятельная проблема внутренней медицины рассматривается коморбидность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является этому наглядным примером, часто сочетаясь с другими заболеваниями, которые могут существенно ухудшить прогноз пациента [1]. Сердечно-сосудистые заболевания в виде ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) является основной патологией, которая сопутствует ХОБЛ [2]. Довольно часто в последние годы в отношении ХОБЛ стал применяться термин «кардиопульмональная болезнь» [3]. Предполагается, что с течением времени ХОБЛ становится самостоятельным фактором поражения сердечно-сосудистой системы [4, 5].

Цель. Оценить удельный вес лиц, страдавших ХОБЛ, в структуре умерших от ИБС, а также эффективность клинической диагностики ХОБЛ.

Материалы и методы. Объектом исследования явились умершие от сердечно-сосудистой патологии (ССП) в г. Минске за 2010-2012г. (по материалам городского клинического патологоанатомического бюро). Проанализировано 8930 протоколов вскрытия умерших за указанный срок.

Результаты и обсуждение. Из 8930 проанализированных протоколов отобрано 4876 (54,6%), умерших от ССП (рис. 1). В структуре смертности от ССП основной причиной является ОНМК (25,1%). На долю ОИМ приходится 13,3%. Постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз как причина смерти составили 8,6%.

Проанализировано 120 протоколов вскрытия умерших от ИБС по структуре посмертного и патологоанатомического диагнозов с целью оценки удельного веса ХОБЛ как коморбидного состояния и эффективности клинической диагностики данного заболевания (табл.1). ХОБЛ ихронический бронхит (ХБ) были диагностированы прижизненно у 39 чел. (32,5%) и выявлены посмертно у 19 чел. (15,8%). Клинико-анатомические сопоставления диагнозов приведены на рис. 2.

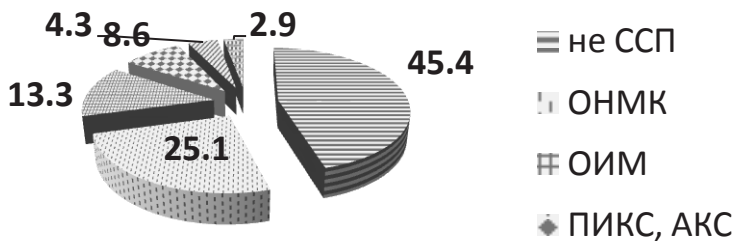


Рис. 1. Структура смертности от сердечно-сосудистой патологии (по материалам городского клинического патологоанатомического бюро).

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ОИМ – острый инфаркт миокарда, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз, АКС – атеросклеротический кардиосклероз, МТ – мезотромбоз.

Таблица 1

Диагностика ХОБЛ в структуре посмертного и патологоанатомического диагнозов (120 протоколов вскрытия).

Посмертный диагноз:	ХОБЛ	ХБ
Основное заболевание	3 чел. (2,5%)	-
Фоновое заболевание	6 чел. (5,0%)	-
Сопутствующее заболевание	18 чел. (10%)	12 чел. (10,0%)
Итого	39 чел. (32,5%)	
Патологоанатомический диагноз:		
Основное заболевание	3 чел. (2,5%)	-
Фоновое заболевание	-	-
Сопутствующее заболевание	12 чел. (10,0%)	4 чел. (3,3%)
Итого	19 чел. (15,8%)	

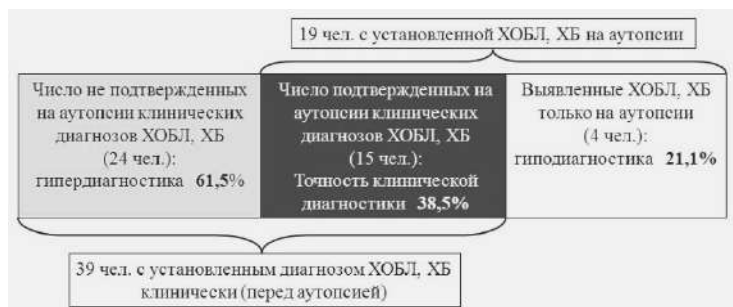


Рис. 2. Сопоставления посмертного и патологоанатомического диагнозов относительно диагностики ХОБЛ, ХБ у лиц, умерших от ИБС.

Таким образом, подтверждение на аутопсии диагноза ХОБЛ, ХБ у лиц, умерших от ИБС, составило 38,5%, гипердиагностика – 61,5%. Такая существенная разбежка полученных данных потребовала подробного анализа морфологической картины легочной ткани с учетом критериев постановки диагноза ХОБЛ на аутопсии. Следует отметить, что в международных рекомендациях (GOLD, 2011) ХОБЛ определена как «заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов» [6]. Именно выявление хронического воспалительного ответа в органах дыхания и связанных с ним изменений бронхов и паренхимы необходимо для морфологического подтверждения ХОБЛ. Поэтому нами был проведен повторный анализ протоколов вскрытия с учетом наличия в аутопсийном материале трех патологических процессов:

1. воспалительная (круглоклеточная) инфильтрация стенки бронха, паренхимы;
2. склероз стенки бронха, участка паренхимы;
3. признаки эмфизематозного изменения паренхимы.

Результаты повторной диагностики ХОБЛ и клинико-анатомических сопоставлений представлены на рис. 3.

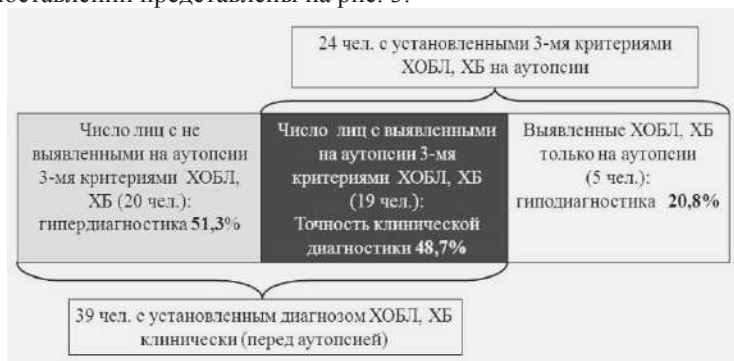


Рис. 2. Сопоставления посмертного и патологоанатомического диагнозов относительно диагностики ХОБЛ, ХБ у лиц, умерших от ИБС с учетом морфологических критериев хронического воспаления в легочной ткани.

Выявление трех морфологических критериев хронического воспаления в легочной ткани позволило на аутопсию дополнительно установить диагноз ХОБЛ, ХБ пятому пациенту, всего - 24 чел. ХОБЛ, по нашим данным, на аутопсии встречается у каждого пятого пациента, умершего от ИБС. Точность

клинической диагностики ХОБЛ, ХБ составила 48,7% при гипердиагностике – 51,3%. Гиподиагностика этих процессов составила 20,8%.

Выводы.

1. Основной причиной смерти жителей г. Минска является сердечно-сосудистая патология (54,6%), в структуре смертности от ССП преобладает ОНМК – 25,1%.

2. По клиническим данным ХОБЛ устанавливается у 32,5% умерших от ИБС пациентов в структуре посмертного диагноза. При проведении аутопсии умерших от ИБС ХОБЛ выявлена у каждого пятого пациента.

3. Для морфологической верификации ХОБЛ необходимо выявить признаки хронического воспаления в легочной ткани: воспалительная инфильтрация стенки бронха, паренхимы; склероз стенки бронха, участка паренхимы; признаки эмфизематозного изменения паренхимы.

4. Точность клинической диагностики ХОБЛ у лиц, умерших от ИБС, составила 48,7%, гипердиагностика – 51,3%, гиподиагностика – 20,8%.

Литература

1. Mortality in COPD: role of comorbidities / Sin D.D., Anthonisen N.R., Soriano J.B. et al. // Eur. Respir. J. – 2006. - №28. – P.1245-1257.

2. Finkelstein J., Cha E., Scharf S.M. Chronic obstructive pulmonary disease as an independent risk factor for cardiovascular morbidity // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. – 2009. - №4. – P. 337–349.

3. Kawut S.M. COPD: Cardiopulmonary Disease? // Eur. Respir. J. – 2013. - №41. – P. 1241–1243.

4. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001 / Holguin F., Folch E., Redd S.C. et al. // Chest - 2005. - №4. – P.2005–2011.

5. Cardiovascular Comorbidity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Literature Review / Müllerova H., Agusti A., Erqou S. et al. // Chest. - 2013 № 10. – P. 1378-1384.

6. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. — М.: Российское респираторное общество, 2012. — 80 с.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Марьенко И.П., Лихачев С.А., Гурский И.С.

*ГУ «РНЦ неврологии и нейрохирургии Минздрава Беларуси»
ул. Ф. Скорины, 24, 220114, Минск, Беларусь*

Введение: Головокружение – субъективный симптом, сопровождающий течение целого ряда заболеваний различных органов и систем организма. Жалобы больных на головокружение встречаются примерно в 12% от общего числа случаев в неврологической практике. Многообразие причин, провоцирующих приступ головокружения, разнообразие проявлений вестибулярных нарушений обуславливает возникновение определенных трудностей в правильной и своевременной их диагностике. Головокружение может возникать как без видимых причин, так и под воздействием провоцирующих факторов. При сборе жалоб и анамнеза пациенты не всегда могут точно указывать на наличие условий возникновения приступа головокружения. Первый шаг в алгоритме диагностики вестибулярной дисфункции - определение характера головокружения.

Выделяют вестибулярное (системное, истинное) головокружение, под которым понимают иллюзию движения самого человека или предметов окружающей среды. Головокружение, которое не сопровождается иллюзорным восприятием вращения окружающих предметов вокруг или собственного тела расценивается как несистемное.

Цель: Разработать алгоритм определения нозологической форма системного головокружения.

Материалы и методы: Разработан метод количественной оценки головокружения (вертигометрия)[2]. Пациенту, находящемуся перед дисплеем компьютера предлагают прокручивание панорамного изображения в горизонтальной плоскости, моделирующее вращательное головокружение. Для создания у пациента ощущения действительности (присутствия) необходимо использовать программу «WPanorama» с представлением изображения такого типа, как панорамное изображение местности с углом обзора по горизонтали 360° разрешения, приблизительно 4657x768. Программа предусматривает изменение скорости оборота изображения в режиме реального времени, а так же быстрое изменение направления поворота без задержки. Скорость и направление прокручивания изображения, его интенсивность в полноэкранном режиме меняются самим пациентом на основе собственных ощущений головокружения у него во время пароксизма и регистрируются количественно в виде показателей скорости прокручивания изображения при видеостимуляции. Следует отметить, что при использовании проектора эффект присутствия усиливается, ощущение реальности достигается еще быстрее и в большей степени.

В РНПЦ неврологии и нейрохирургии обследовано 100 пациентов жалобами на пароксизмы головокружения в анамнезе (69 женщин и 31 мужчин) в возрасте от 21 до 65 лет, средний возраст (48,2±16,6 лет). Всем пациентам предъявляли видеостимуляцию панорамным изображением и устанавливали направление вращательного головокружения и его

интенсивность с помощью показателей регуляторов скорости и направления прокручивания панорамного изображения (вертигеометрия), которые, по мнению пациента, соответствовали его собственным ощущениям кружения предметов во время пароксизма. Так, 60 (60%) пациентов из 100 смогли четко подобрать скорость и направление прокручивания панорамного изображения, подобное их ощущениям во время пароксизма головокружения. Пациенты с несистемным головокружением не смогли четко сформулировать направление и интенсивность головокружения, но отметили плохую переносимость видеостимуляции. Далее проводили вестибулометрическое исследование с функциональными тестами для выявления патогенетического варианта головокружения[3]. У 30 пациентов из 60 выявлена позиционно зависимая вестибулярная дисфункция как проявление ДППГ, у 20 пациентов отмечалось сочетание вертеброгенной и позиционной вестибулярной дисфункции, у 4 вестибулярная односторонняя арефлексия, как проявление вестибулярного нейронита, у 6 пациентов вертеброгенная вестибулярная дисфункция.

Выводы: Определение и объективизация характера головокружения важная диагностическая задача. Вертигеометрия позволяет количественно оценить интенсивность и направление головокружения, возникающее при различных вариантах вестибулярной дисфункции, что повышает качество дифференциальной диагностики данной патологии, и является важным для определения диагностической и терапевтической стратегии.

Литература

1. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение.–Москва, 2010. – С. 16–20.
2. Лихачев С., Марьенко И. Головокружение: новые технологии количественной оценки и их роль в дифференциальной диагностики вестибулярной дисфункции // Анналы клинич. и экспер. неврологии/ 2014. Т.8(4), –С.32–36
3. Лихачев С., Марьенко И. Диагностическое и экспертное значение функциональных тестов при выявлении латентной вестибулярной дисфункции //Вестн. Оториноларингологии/ 2008.,№1– С. 24–27.

СУБЛИНГВАЛЬНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ: КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Маслова Л.В.¹, Полевечко Г.Н.², Гончаров А.Е.³, Титов Л.П.³

*¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,
кафедра геронтологии и гериатрии с курсом аллергологии и
профпатологии;*

Сублингвальная иммунотерапия (СЛИТ) является выгодной альтернативой подкожной иммунотерапии в силу своей неинвазивности, высокой безопасности, что позволяет пациенту самостоятельно принимать вакцину в домашних условиях. При проведении СЛИТ развивается толерантность к вводимым антигенам и, соответственно, уменьшаются симптомы аллергии. Механизмы, лежащие в основе этой приобретенной толерантности, в норме обеспечивают толерантность организма к различным субстанциям, попадающим через ротовую полость в пищеварительную систему. Несмотря на то, что слизистая рта человека постоянно подвергается воздействию разнообразных чужеродных молекул, микроорганизмов, на слизистой рта не развивается воспалительный процесс и популяция эффекторных иммунных клеток относительно малочисленна. Поэтому, локальную среду ротовой полости рассматривают как зону формирования естественной иммунологической толерантности. В то же время, эффективность СЛИТ остается недостаточно изученной.

Цель исследования: оценить клинико-иммунологическую эффективность СЛИТ одной и двумя не реагирующими перекрестно аллерговакцинами у пациентов с респираторной аллергией.

Материалы и методы исследования. Пациенты (n=60) с верифицированным диагнозом респираторной аллергии получали в течение двух лет СЛИТ стандартизированными аллерговакцинами («Sevapharma», Чешская Республика). Пациенты были распределены на 2 группы. В группе 1 иммунотерапия проводилась одним лечебным аллергеном смеси трав 1 (17 пациентов) и смеси полыни – 13 пациентов. Клиническая картина болезни была представлена у 20 человек риноконъюнктивальным синдромом, у 6 пациентов риноконъюнктивальный синдром сочетался с бронхиальной астмой (БА) 4 – с крапивницей, отеком Квинке. В группе 2 лечение проводилось двумя перекрестно не реагирующими лечебными аллергенами: смесью трав 1 в сочетании со смесью клещевых аллергенов - 15 пациентов, смесью полыни в сочетании со смесью плесневых грибов домашних – 15 человек. Клиническая картина болезни была представлена у 17 пациентов риноконъюнктивальным синдромом, у 9 - риноконъюнктивальный синдром сочетался с БА, а у 4 человек респираторная аллергия манифестировала ринитом. Группой контроля явились 30 здоровых добровольцев. Проводилось кожное тестирование с диагностическими стандартизированными аллергенами (Д-АЛ Прик-тест диагностический, «Севафарма», Чешская Республика). Всем пациентам до начала СЛИТ и после 2-х лет лечения проводилось методом иммуноблотинга количественное определение сывороточных циркулирующих аллергенспецифических IgE

антител (R-Biopharm, Германия) к основным ингаляционным аллергенам - панель №2. На лечение брали пациентов с положительным кожным тестом – размер папулы больше чем 3 мм в диаметре (в prick-тесте) и специфические IgE антитела min кл.3. У всех пациентов до лечения и через 2 года СЛИТледовалось содержание внутриклеточных цитокинов (ИЛ-13, ИЛ-5, ИЛ-4, ИФН- γ , ИЛ-17),используя коммерческие моноклональные антитела («R&D», США): ИЛ-13 (PE), ИЛ-5 (FITC), ИЛ-4 (FITC), ИФН - γ (PE), ИЛ-17 (PerCP). Мониторинг АСИТ осуществлялся на протяжении всего времени ее проведения. Оценку проводили по четырех балльной шкале: 0 – нет симптомов, 1 – легкая степень тяжести (симптомы есть, но они не беспокоят), 2 – средней степени тяжести (симптомы беспокоят умеренно), 3 – тяжелой степени (симптомы сильно беспокоят, нарушают социальную и профессиональную деятельность, обычно есть необходимость в назначении жизненно важных препаратов). Уровень контроля бронхиальной астмы оценивали с помощью теста по контролю над астмой (Asthma Control Test – АСТ. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения «Statistica» версий 7 и 8 («StatSoft», США) и «Microsoft Office Excel» версий 11 и 12 («Microsoft», США). Результаты считали статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате СЛИТ у всех пациентов отмечено статистически значимое уменьшение клинических проявлений аллергического ринита, аллергического конъюнктивита и БА. Клиническое улучшение отмечалось у 86% пациентов группы 1. В группе 2 клиническое улучшение в период поллинозиса причинно-значимых аллергенов отмечалось у 82% пациентов и улучшение круглогодичных симптомов у 76% больных. У всех пациентов произошло уменьшение потребности в симптоматической терапии. Большинство пациентов без проблем могли находиться даже в теплую погоду не только на улице, но и за городом на даче. Кроме того, отмечалось снижение чувствительности и к тем пыльцевым аллергенам, которыми не лечились (и по жалобам, и по результатам исследования специфического Ig E). Некоторые пациенты с сочетанной пищевой аллергией отмечали, что появилась возможность употреблять те фрукты и овощи, которые раньше не могли себе позволить (косточковые, киви, орехи, морковь). Другие пациенты отмечали, что реже болели ОРВИ.

Переносимость СЛИТ была хорошей. На фоне лечения пациентов обеих групп отмечались только локальные реакции (першение в горле, жжение языка). Как правило, такие реакции возникали на прием самой высокой концентрации (1000, 10000 JSK), были непродолжительными и проходили самостоятельно, не требуя фармакотерапии и перерыва в лечении.

Статистически значимой разницы в изучаемых показателях у больных с сочетанием аллергического ринита и астмы по сравнению с пациентами,

страдающими изолированным аллергическим ринитом, обнаружено не было. Из чего было сделано заключение об одинаковой эффективности СЛИТ для больных аллергическим ринитом и астмой.

Показатели цитокинового профиля пациентов группы 1 представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Функциональная активность лимфоцитов периферической крови пациентов группы 1 после лечения (Me, 25-75%)

Показатель	Группа 1 до лечения (n=30)	Группа 1 после лечения (n=30)	Статистическая значимость различия (Wilcoxon matched pairs test: p)
Внутриклеточная продукция ИЛ-4, индуцированная ФМА (5нг/мл), %	0,91 (0,45 – 1,42)	0,30 (0,12 – 0,50)	<0,001
Внутриклеточная продукция ИФН- γ , индуцированная ФМА (5нг/мл), %	13,37 (9,12 – 19,40)	18,85 (15,35 – 24,50)	0,01
Внутриклеточная продукция ИЛ-17, индуцированная ФМА (5нг/мл), %	0,75 (0,31 – 1,15)	0,38 (0,14 – 0,60)	0,01
Внутриклеточная продукция ИЛ-5, индуцированная ФМА (5нг/мл), %	4,71 (3,60 – 7,81)	2,05 (1,15 – 3,44)	<0,001
Внутриклеточная продукция ИЛ-13, индуцированная ФМА (5нг/мл), %	4,90 (3,46 – 8,84)	1,58 (1,20 – 2,73)	<0,001

В таблице 2 продемонстрированы показатели цитокинового статуса пациентов группы 2.

Таблица 2 - Функциональная активность лимфоцитов периферической крови пациентов группы 2 после лечения (Me, 25-75%)

Показатель	Группа 2 до лечения (n=30)	Группа 2 после лечения (n=30)	Статистическая значимость различия (Wilcoxon matched pairs test: p)
------------	----------------------------	-------------------------------	---

)
Внутриклеточная продукция ИЛ-4, индуцированная ФМА (5нг/мл), %	0,75 (0,39 – 1,06)	0,28 (0,18 – 0,50)	<0,001
Внутриклеточная продукция ИФН- γ , индуцированная ФМА (5нг/мл), %	14,53 (8,82– 16,40)	18,65 (15,50– 25,80)	0,003
Внутриклеточная продукция ИЛ-17, индуцированная ФМА 5нг/мл), %	0,50 (0,23 – 0,77)	0,20 (0,10 – 0,38)	0,007
Внутриклеточная продукция ИЛ-5, индуцированная ФМА (5нг/мл), %	6,11 (4,44 – 8,42)	1,88 (1,05 – 2,55)	<0,001
Внутриклеточная продукция ИЛ-13, индуцированная ФМА 5нг/мл), %	4,95 (3,34 – 6,68)	2,06 (1,25 – 3,13)	<0,001

Представленные результаты свидетельствуют о статистически значимом снижении продукции Th2 воспалительных цитокинов у пациентов обеих групп при одновременном повышении синтеза ИФН- γ Th1 клетками, а это убедительно демонстрирует, что СЛИТ действует на патогенетические механизмы аллергического воспаления. Таким образом, СЛИТ уже в течение двух лет привела к фенотипической коррекции иммунного ответа, что согласуется с ее высокой клинической эффективностью.

Заключение: СЛИТ действует не на симптомы заболевания, а на патогенетические механизмы аллергического воспаления, приводя к коррекции иммунного ответа от преобладания Th2 в сторону Th1. СЛИТ является высокоэффективной, безопасной, отмечается высокая приверженность пациентов этому методу алерговакцинации. СЛИТ является эффективной не только у моносенсибилизированных, но и полисенсибилизированных пациентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАТРОЗОМ»

Месникова И.Л., Космачева Е.С., Яковец С.А.

Кафедра поликлинической терапии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Остеоартроз (ОА) является самым распространенным заболеванием суставов с медленно прогрессирующим характером и высокой инвалидизацией пациентов. Несмотря на внедрение в медицинскую практику новых более эффективных, безопасных и удобных в применении препаратов, до сих пор сохраняются на достаточно высоком уровне обращаемость пациентов с ОА за амбулаторной медицинской помощью и первичный выход на инвалидность.

Одной из причин низкой эффективности проводимой терапии является недостаточная осведомленность пациентов об особенностях течения и лечения своего заболевания, профилактики обострений, диетотерапии, о соблюдении определенных правил и ограничений (модификации образа жизни) и др. [1, 2, 4, 5, 6, 7]. В последние десятилетия подчеркивается огромное значение образовательных программ, разработка и внедрение которых является одним из прогрессивных направлений в решении проблем лечения хронических неинфекционных заболеваний. Образовательные программы направлены на формирование у пациентов правильного представления о своей болезни, положительной установки на борьбу со своим недугом, установление партнерских отношений с врачом и осознанного подхода к выполнению его рекомендаций, повышение качества жизни (КЖ) и др. [1, 2, 4, 5, 6, 7].

«Школа для пациентов с ОА» (в дальнейшем «школа») является одной из наиболее простых и удобных форм обучения пациентов в амбулаторных условиях. Нами была апробирована на пациентах с ОА ряда поликлиник г. Минска и признана наиболее целесообразной программа обучения в «школе» в виде циклов занятий, которые повторялись ежеквартально. Один цикл состоял из 3 теоретических занятий в форме лекций-бесед продолжительностью 60-90 минут. Оптимальное количество слушателей в группе было 15-20 человек. В ходе занятий освещался материал в рамках разработанного обучающего модуля для пациентов с использованием ярких примеров из личной практики, активным привлечением пациентов к обсуждению их собственных проблем, а также проводился обмен мнениями и опытом, давались ответы на все интересующие их вопросы. Материал по обучению излагался доступным языком, сопровождался демонстрацией слайдов, раздачей памяток и т.п. Обратная связь между врачом и пациентом способствовала укреплению партнерских отношений, создавала атмосферу взаимопонимания. Каждая из лекций дублировалась (проводилась 2 раза в месяц в фиксированные дни недели), и в случае пропусков занятий по какой-либо причине у пациентов имелась возможность прослушать пропущенную тему. Форма приглашения на занятия была устной во время приема

пациентов врачами, на поликлиническом сайте и в виде письменного приглашения на доске объявлений в поликлинике.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности «Школы для пациентов с ОА» на амбулаторном этапе реабилитации.

Материал и методы. Полный цикл обучения в «школе» прошло 118 пациентов с ОА. Принять участие в исследовании согласилось 34 обучавшихся, которые составили группу № 1. В контрольную группу сравнения № 2 вошли 34 пациента с ОА, не посещавших «школу». Исследуемые группы были сопоставимы по полу (в обеих преобладали женщины), возрасту (средний возраст составил $56,4 \pm 2,5$ и $58,2 \pm 0,8$ лет), исходным клиническим данным и сопутствующим заболеваниям.

В исследовании использовались: лабораторные и инструментальные методы обследования; оценка функционального состояния тазобедренных и коленных суставов по суммарному альгофункциональному индексу Лекена в баллах; оценка функциональных возможностей по Станфордской анкете оценки здоровья (HAQ) в баллах; визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки боли в баллах; валидированная нами русская версия общего опросника RAND-36 для исследования КЖ. Опросник включает 9 шкал: PF (физическое функционирование), RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие), SF (социальное функционирование), BP (телесная боль), GH (общее восприятие здоровья) и NN (сравнение самочувствия с предыдущим годом). Результаты представляются в баллах от 0 до 100, более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья [3].

Оценку статистической значимости различий количественных показателей между исследуемыми группами с распределением по нормальному закону проводили по t-критерию Стьюдента, для качественных показателей и оценки влияния признака использован критерий χ^2 . Различие между параметрами считали статистически достоверным при $P < 0,05$.

Результаты исследования.

Обе группы наблюдения оказались идентичными по исходной клинической характеристике заболевания (табл. 1), за исключением суставного счета, который достоверно больше был в группе № 2. Кроме того, группы существенно не различались и по показателям лабораторных методов исследования. В обеих группах диагностирована преимущественно 1 и 2 рентгенологическая стадия артроза.

При осмотре после проведенного обучения «в школе» в основной группе отмечено статистически достоверное ($P < 0,05$) улучшение по всем исследуемым характеристикам суставного синдрома (суставной счет, выраженность скованности, оценка боли общая и по шкале ВАШ), по индексам Лекена, и по анкете здоровья HAQ, кроме количества воспаленных

суставов и продолжительности скованности, которые достоверно не изменились (табл. 1), что указывает на положительную динамику функционального состояния опорно-двигательного аппарата.

В контрольной группе в конце наблюдения достоверное улучшение произошло по тем же показателям, что и в группе № 1, за исключением суставного счета и выраженности скованности (табл. 1). При этом положительные изменения, касающиеся выраженности суставного синдрома, были более значимы в основной группе практически по всем параметрам.

Таблица 1- Динамика показателей суставного синдрома в обеих группах в процессе наблюдения, М ± m

Показатели КЖ	Группа 1		Группа 2	
	Исходно	В конце	Исходно	В конце
Суставной счет	3,56 ± 0,41	2,55 ± 0,31 ^{1,2}	5,14 ± 0,59	3,94 ± 0,59 ³
Количество воспаленных суставов	0,96 ± 0,3	0,1 ± 0,04	2,07 ± 0,29	1,2 ± 0,08 ^{1,3}
Продолжительность скованности, мин	9,87 ± 3,08	6,75 ± 1,89	9,25 ± 1,62	4,35 ± 0,7 ¹
Выраженность скованности, баллы	1,5 ± 0,18	0,94 ± 0,12 ¹	1,56 ± 0,27	1,32 ± 0,09
Общая оценка боли, баллы	1,8 ± 0,11	1,24 ± 0,1 ¹	2,09 ± 0,1	1,4 ± 0,1 ^{1,3}
ВАШ, баллы	44,96 ± 3,9	17,6 ± 2,38 ¹	49,7 ± 2,59	32,3 ± 3,2 ^{1,3}
Индекс Лекена, коксартроз, баллы	6,6 ± 0,91	3,24 ± 0,64 ¹	8,0 ± 0,47	5,87 ± 0,5 ^{1,3}
Индекс Лекена, гонартроз, баллы	7,68 ± 0,89	3,76 ± 0,72 ¹	8,31 ± 0,62	5,82 ± 0,5 ^{1,3}
Анкета НАQ, баллы	3,96 ± 0,44	2,44 ± 0,37 ¹	4,58 ± 0,34	3,44 ± 0,3 ^{1,3}

Примечание - ¹ - достоверные различия показателя в каждой из групп исследования в начале и конце наблюдения, ² - достоверные различия показателя исходно в группах 1 и 2, ³ - достоверные различия показателя в конце наблюдения в группах 1 и 2, P<0,05.

Таблица 2- Показатели качества жизни в группах наблюдения исходно и в конце периода наблюдения (М± m)

Показатели КЖ	Группа А		Группа Б	
	Исходно	В конце	Исходно	В конце
PF	64,4 ± 3,63	68,04 ± 4,08	56,47 ± 3,22	60,88 ± 3,04

RP	38,0 ± 5,63	54,0 ± 5,83*	27,94 ± 5,45	41,91 ± 4,27*
RE	51,28 ± 5,65	63,89 ± 6,78*	43,11 ± 5,94	54,88 ± 6,3
EF	50,6 ± 2,9	58,96 ± 2,39*	44,26 ± 2,07	50,09 ± 2,03*
EW	55,64 ± 2,18	62,2 ± 2,36*	51,91 ± 1,85	54,67 ± 1,97
SF	64,0 ± 4,08	88,52 ± 3,19*	60,29 ± 3,16	65,66 ± 3,2
BP	49,5 ± 2,75	67,4 ± 4,44*	47,37 ± 2,6	56,18 ± 2,84*
GH	43,0 ± 3,54	48,4 ± 3,37	41,91 ± 2,29	44,41 ± 2,24
HC	35,2 ± 3,72	47,0 ± 4,54*	37,5 ± 3,47	45,59 ± 3,5

Примечание - *- достоверные различия показателей исходно и в конце, P<0,05.

Исследование КЖ показало, что в обеих группах исходно оно статистически не различалось, хотя в основной группе некоторые показатели КЖ выглядели незначительно лучше (табл. 2).

После обучения в группе № 1 произошло значительное достоверное улучшение (P < 0,05) всех показателей КЖ, кроме показателей PF (физического функционирования) и GH (общего восприятия здоровья). В группе № 2 по завершению лечения достоверная положительная динамика отмечена по шкалам RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), EF (энергичность/усталость), BP (телесная боль).

При опросе пациентов выяснилось, что после обучения они стали более регулярно заниматься физическими упражнениями, отмечая пользу упражнений, ощущать, что могут управлять болью, 13 человек (38,2 %) изменило характер питания в соответствии с рекомендациями лектора, остальные пациенты постарались по мере возможности и с учетом привычек придерживаться рекомендуемой диеты.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное нами исследование показало высокую эффективность образовательной программы для пациентов с ОА в виде «школы».

2. Обучающая программа в виде «Школы для пациентов с остеоартрозом» положительно влияет на проявления суставного синдрома, способствует улучшению практически всех показателей качества жизни и установлению партнерских отношений с врачом.

Литература

1. Алексеева, Л.И. Современные представления о диагностике и лечении остеоартроза / Л.И. Алексеева. -- Рус. мед. журнал. -- 2000. -- Т. 2. -- №6. -- С. 1-20.

2. Лукьяненко, П.И. «Школа артериальной гипертензии» как модель улучшения здоровья населения Сибири и ее место в структуре

медицинских учреждений / П.И. Лукьяненко. -- Рос. кардиол. журнал. – 2002. -- № 4. – С. 72-82.

3. Месникова, И.Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации. / И.Л. Месникова. -- Бел. гос. мед. ун-т. -- Мн, 2005. – 20 с.

4. Организация и методика проведения школ больных артериальной гипертензией: Пособие для врачей / И.Д. Козлов [и др.]. – Респ. науч.-практ. центр “Кардиология” – Мн, 2002. – 66 с.

5. Сидоренко, И.В. Организация и проведение алергошкол в Москве / И.В. Сидоренко. -- Лечащий врач. – 2002. -- № 4. – С. 14-18.

6. Spouse-assisted coping skills training in the management ofosteoarthritic knee pain / F.J.Keefe [et al.]. -- Arthritis Care Res. – 1996. --№ 9. – P. 279-291.

7. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment / E. Superio-Cabuslay [et al.]. -- Arthritis Care Res. -- 1996. --№ 9. – P. 292-301.

ЗНАЧИМОСТЬ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Михневич В.Б., Исачкин Д.В., Янушко В.А.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: оценить необходимость компрессионной терапии в послеоперационном периоде у пациентов с неосложненными формами варикозной болезни.

Материал и методы: в течение 2014 года на базе I КХО в рамках научной программы было проведено 20 комбинированных флебэктомий. Пациенты, произвольно разделены на две равные, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям группы. Пациенты не имели значимой перфорантной недостаточности и трофических нарушений (С2-С3 клинические классы по СЕАР). Возраст пациентов составил от 28 до 55 лет. В группах преобладали женщины (12 чел. 60%). Всем пациентам в дооперационном (2 недели) и послеоперационном (4 недели) периоде назначался Диосмин 450 мг с Геспередином 50мг в виде очищенной микронизированной флавоноидной фракции в дозе 2 т. в сутки. При удалении измененных венозных притоков, использовался метод минифлебэктомии.

Пациенты рандомно разделены на 2 группы в зависимости от применения компрессионной терапии. I группа (10 пациентов), получала в

послеоперационном периоде компрессионную терапию по следующей схеме: 2сут. постоянное ношение эластических бинтов средней растяжимости. До 8-10 суток после операции дневное ношение эластических бинтов, до 2 месяцев дневное ношение эластического трикотажа II класс компрессии. II группа (10 пациентов) компрессионной терапии не получала. В обеих клинических группах строгий постельный режим в раннем послеоперационном периоде не рекомендовался. Все пациенты обеих групп были выписаны на следующие сутки после операции. Осложнений отмечено не было.

Контрольные осмотры проводились у всех пациентов на 5-е и 30-е сутки после операции. Качество жизни в послеоперационном периоде оценивалось при помощи модифицированного опросника CIVIQ 2 (15 вопросов вместо 20) и шкалы тяжести заболевания VSSC.

Результаты: на 5-е сутки после операции у 5 пациентов из I (50%) и 6 (60%) из II группы отмечалась умеренная гематома в области канала БПВ; гематома не беспокоила пациентов и лизировалась к 30сут. после операции.

Результаты оценки качества жизни пациентов обеих групп представлены в таблице 1.

Таблица 1. Оценка качества жизни пациентов в разные сроки после комбинированной флебэктомии с и без применения эластичного трикотажа.

	CIVIQ2 5-е сутки	CIVIQ2 30-е сутки	p	VCSS 5-е сутки	VCSS 30-е сутки	p
С компресси ей	49±4,1	26±2,2	<0,01	9±1,1	4±0,7	<0,01
Без компрессии	52±4,3	29±2,4	<0,01	8±1	4±0,8	<0,01
p	>0,1	>0,1		>0,1	>0,1	

Выводы: Значимых различий качества жизни в послеоперационном периоде в обеих группах не выявлено. Различия в тяжести и частоте осложнений так же статистически недостоверны.

Сложно делать окончательные выводы об эффективности методики, основываясь на столь немногочисленных исследованиях. Методика послеоперационного ведения пациентов без компрессионной терапии требует дальнейшего изучения. Начатое исследование продолжится с увеличением количества пациентов в группах и включением в программу других методов лечения варикозной болезни нижних конечностей (ЭВЛК, РЧФА).

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

¹Никулина Н.А., ¹Доценко Э.А., ²Саливончик Д.П.

¹УО «БГМУ», ²УО «ГоГМУ»

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на реальные крупные достижения в изучении ее патогенеза и лечения, остается главной проблемой почти для всех развитых стран мира. В РФ 48,5 % смертности от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на случаи, обусловленные ИБС [1, с. 51], а в структуре причин летальных исходов при ишемической болезни сердца ведущее место занимает инфаркт миокарда (ИМ), что определяет актуальность изучения и внедрения новых концепций лечения [2, с. 37].

ИМ относится к самым распространенным причинам смерти во всех странах. В 2005 г. от ИМ умерли 7,6 млн. чел. Вместе с тем отмечается развитие этой патологии в более молодом возрасте – у лиц 30 лет и моложе. Изучению патогенеза, клиники, диагностики и лечения ИМ постоянно уделяется большое внимание [3, с. 16]. Несмотря на очевидные успехи современной кардиологии, летальность при ИМ продолжает оставаться высокой. Задачей сегодняшнего времени является предупреждение ИБС и выработка наиболее эффективных мер лечения ИМ. В этом аспекте представляют интерес методы, позволяющие уменьшить зону некроза и улучшающие процессы репарации [4, с. 67].

Гипербарическая оксигенация (ГБО) – это методика оксигенотерапии, позволяющая в определенной степени управлять кислородным режимом организма путем насыщения кислородом жидких сред организма (кровь, лимфа, тканевая жидкость и т.д.), которые при этом становятся достаточно мощными переносчиками кислорода к клеткам. Однако гипероксический эффект ГБО в конечном итоге может приводить как к положительным (терапевтическое действие), так и к отрицательным (токсическое действие) [5, с. 33] последствиям. Поэтому целью нашего исследования стала оценка влияния гипербарической оксигенации в режиме малых доз на сократительную способность сердца в остром периоде инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование влияния «малых доз» гипербарической оксигенации на локальную сократимость миокарда в остром периоде инфаркта миокарда. С этой целью было проанализировано 47 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении УЗ «ГОККД» г. Гомеля за период с 01.07.2009 г. по 01.03.2012 г.

Критериями включения в исследование являлись: впервые диагностированный крупноочаговый инфаркт миокарда; наличие

противопоказаний к проведению процедуры реваскуляризации миокарда (ТЛТ, АКШ, ЧКВ); наличие двух исследований ЭхоКГ в динамике за время госпитализации в стационаре с разницей между исследованиями не менее 4 дней; значение индекса локальной сократимости (ИЛС) при первом ЭхоКГ более 1; проведение не менее двух сеансов ГБО в режиме «малых доз» в составе комплексной терапии ИМ; мужской пол; класс тяжести ИМ 3 и 4.

Диагноз впервые диагностированного крупноочагового инфаркта миокарда выставлялся на основании клинических и анамнестических данных, данных ЭКГ, динамики кардиоспецифических маркеров некроза миокарда, ЭхоКГ. Все пациенты получали стандартную комплексную терапию. С учетом противопоказаний, согласия пациента и загруженности барокамер, части пациентам дополнительно в лечение была включена ГБО.

Сеансы ГБО проводились в одноместной терапевтической барокамере «БЛКС-303 МК» согласно методике в режиме 0,03 МПа длительностью около 60 минут.

ЭхоКГ проводилась с помощью ультразвукового сканера Philips HD 7 (Royal Philips Electronics, Netherlands) дважды. Для анализа сократительной способности сердца использовались следующие показатели: ИЛС, баллы; ФВ ЛЖ, %; КДР ЛЖ, мм. Для расчета индекса локальной сократимости сократимость каждого сегмента ЛЖ оценивалась по пятибалльной шкале, суммировалась и делилась на 16 (общее число проанализированных сегментов).

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере с помощью компьютерной программы STATISTICA 6-0 (StatSoft, Inc., USA) с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Сформированы 4 группы, являющиеся однородными по полу, возрасту, классу тяжести ИМ, локализации ИМ, осложнениям ИМ, сопутствующим заболеваниям:

Группа А1 (Без ГБО, класс тяжести 4, наличие аневризмы на втором ЭхоКГ), n=6,

Группа А2 (Без ГБО, класс тяжести 3,4, без аневризмы на втором ЭхоКГ), n=29,

Группа В1 (С ГБО, класс тяжести 4, наличие аневризмы на втором ЭхоКГ), n=5,

Группа В2 (С ГБО, класс тяжести 3,4, без аневризмы на втором ЭхоКГ), n=7.

Полученные результаты представлены в Таблице 1. Изначально по данным первого ЭхоКГ исследования более худшие показатели наблюдались в группах, где впоследствии развивалась острая аневризма ЛЖ; данная тенденция наиболее выражена в группах с ГБО (группы В1 и В2) по сравнению с группами без ГБО (группы А1 и А2). В группах с аневризмой

(группы А1 и В1) в динамике наблюдалась тенденция к дальнейшему увеличению ИЛС (ухудшение), однако снижение ФВ ЛЖ и увеличение КДР ЛЖ были более выражены в группе А1 по сравнению с группой В1, где тенденция к подобным изменениям данных показателей была незаметна. В группах без аневризмы (группы А2 и В2) при изначально практически одинаковых показателях ИЛС наблюдается достоверное снижение значения ИЛС в группе, где проводилась ГБО (группа В2), в то время как в группе без ГБО (группа А2) значение ИЛС осталось на прежнем уровне. Достоверное снижение ФВ ЛЖ в динамике имеет место в группе А2, в то время как в группе В2 наблюдается только тенденция к умеренному снижению данного показателя. Достоверное увеличение КДР ЛЖ в динамике наблюдается в обеих группах (группа А2 и группа В2).

Различий по количеству суток между 1-м ЭхоКГ и 2-м ЭхоКГ в группах А1 и В1, А2 и В2 выявлено не было.

Таблица 1 - ЭхоКГ показатели сократительной способности сердца в динамике у пациентов с ИМ в зависимости от применения ГБО и наличия аневризмы на втором ЭхоКГ исследовании [Ме, Q25-Q75]

Данные исследования	ЭхоКГ	Группа А1	Группа А2	Группа В1	Группа В2
Выполнение 1-го ЭхоКГ, n=6/29/5/7	1-го сутки,	4,0 [1,0-7,0]	1,0 [1,0-4,0]	6,0 [1,0-12,0]	4,0 * [1,0-6,0]
ИЛС 1, n=6/29/5/7	баллы,	1,55 [1,50-2,00]	1,50 [1,38-1,63]	1,63 [1,50-1,88]	1,50 [1,25-1,63]
ФВ ЛЖ 1, n=4/28/5/6	%,	53,0 [44,5-66,0]	60,0 [45,0-64,5]	43,0 [42,0-52,0]	58,0 [52,0-60,0]
КДР 1, n=2/28/5/6	мм,	53,0 [51,0-55,0]	53,5 [49,0-57,5]	65,0 [56,0-66,0]	48,0 [45,0-51,0]
Выполнение 2-го ЭхоКГ, n=6/29/5/7	2-го сутки,	12,5 [9,0-17,0]	10,0 [8,0-14,0]	18,0 [13,0-20,0]	12,0 [10,0-15,0]
ИЛС 2, n=6/29/5/7	баллы,	1,88 [1,50-2,00]	1,50 [1,37-1,75]	1,88 [1,87-2,00]	1,25 * [1,19-1,37]
ФВ ЛЖ 2, n=5/24/5/7	%,	48,0 [41,0-51,0]	49,5 ¹ [44,0-55,5]	44,0 [34,0-67,0]	56,0 [50,0-63,0]
КДР 2, n=5/24/5/7	мм,	59,0	57,5 ¹	65,0	54,0 ¹

n=5/24/3/7	[58,0-61,0]	[52,0-62,0]	[55,0-68,0]	[52,0-61,0]
Количество суток между 1-м ЭхоКГ и 2-м ЭхоКГ, n=6/29/5/7	6,5 [6,0-16,0]	8,0 [7,0-11,0]	13,0 [11,0-14,0]	9,0 [8,0-10,0]
Первый сеанс ГБО, количество суток от начала ИМ, n=0/0/5/7	-	-	9,0 [7,0-12,0]	9,0 [5,0-10,0]
Количество сеансов, n= 0/0/5/7	-	-	5,0 [5,0-6,0]	4,0 [3,0-5,0]

Примечание: * - достоверность различий с группой А2, $p < 0,05$, критерий Манна-Уитни,

¹ - достоверность различий в группе в динамике по сравнению с данными первого ЭхоКГ исследования, $p < 0,05$, критерий Вилкоксона.

Выводы: Формирование острой аневризмы ЛЖ зависит от исходного объема и локализации повреждения и впоследствии ухудшает сократительную способность миокарда. Применение ГБО через 4-15 суток от начала ИМ во время формирования аневризмы у данных пациентов способствует некоторой стабилизации показателей ФВ ЛЖ и КДР ЛЖ.

Применение ГБО в остром периоде инфаркта миокарда (через 5-10 суток от начала заболевания) у пациентов с 3 и 4 классом тяжести без предрасполагающих к развитию острой аневризмы факторов (площадь поражения, локализация повреждения) улучшает сократительную функцию миокарда, уменьшает ИЛС и предотвращает снижение ФВ ЛЖ.

Литература

1. Латфуллин, И.А. Острый коронарный синдром с депрессией ST на ЭКГ: новый взгляд на старую проблему / И.А. Латфуллин, З.Ф. Ким // Кардиология.— 2010.— № 1.— С. 51-61.
2. Явелов, И.С. Применение тенектеплазы при остром инфаркте миокарда / И.С. Явелов // Кардиология.— 2007.— Т. 47, №1.— С. 37-46.
3. Бова, А.А. Острый инфаркт миокарда / А.А. Бова // Медицина.— 2007.— № 4.— С. 15-17.
4. Воздействие электромагнитного излучения миллиметрового диапазона на процессы репарации при остром инфаркте миокарда; энергетический и липидный обмен веществ / Л.Н. Гончарова [и др.] // Медико-биологические аспекты миллиметрового излучения: сб.ст. / ИРЭ АН СССР; под ред. Н.Д. Девяткова.— М., 1987.— С. 66-73.

5. Руководство по гипербарической оксигенации (теория и практика клинического применения) / А.Ю. Аксельрод [и др.] ; под ред. С.Н. Ефуну.— М.: Медицина, 1986.—416 с.

ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ, ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

¹Новикова Р.А., ²Санкович Е.В., ²Гришина И.В., ²Асмоловская О.Л.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения к 2020 году депрессия будет второй по значимости причиной инвалидизации и смертности населения планеты, уступая первенство только ишемической болезни сердца. В любой момент времени депрессией страдает 5% населения (для Беларуси это составляет немногим менее полумиллиона). Критерием депрессивного эпизода соответствуют 3% мужчин и 7% женщин и примерно 4% страдают хронической депрессией. Депрессия частый спутник ишемической болезни сердца (ИБС) [1]. С одной стороны она способствует развитию ИБС и её осложнений, с другой - может развиваться вторично, как реакция пациента на его заболевание. Депрессия может протекать в «легкой» форме с незначительными колебаниями настроения и большим количеством соматовегетативных нарушений; в умеренной форме, когда признаки нарушения настроения более выражены, что дает возможность врачам общемедицинской практики заподозрить это расстройство; и тяжелой форме, когда к симптоматике могут присоединяться психотические проявления. Из 9 признанных факторов риска при ИБС на третье место по значимости поставлена депрессия [2]. Даже маловыраженная депрессивная симптоматика увеличивает риск кардиальной смертности в 3-6 раз. Стресс, тревога, депрессия рассматриваются как барьеры, препятствующие изменению образа жизни пациента в желательном направлении [3].

Неуклонный рост ИБС, рост инвалидности от неё, высокая смертность (58,6 % кардиальной смертности) и выделенный в последнее время фактор риска- депрессия, в корне изменивший характер течения заболевания и усугубивший лечение ИБС (N. Wenger 1986, А.Д. Куимов 2006, Г.В. Погосова 2004, А.Л. Сыркин 2006, Н.П. Гарганеева 2008) требуют разработки новых подходов в диагностике, лечении и реабилитации больных ИБС.

Цель работы: выявление депрессивных расстройств у больных ИБС и определение их влияния на течение заболевания, приверженность к лечению и качество жизни.

Задачи исследования: выявить наличие депрессии у больных ИБС, определить особенности клинического течения ИБС у больных с депрессией, приверженность к лечению и качество жизни в зависимости от степени депрессии у них.

Материалы и методы: исследовано 100 пациентов, 48 мужчин и 52 женщины, возраст от 38 до 77 лет (средний возраст 55 лет). Хроническая ИБС у 70 пациентов и 30 человек с инфарктом миокарда. Наличие признаков депрессии выявляли по шкале Гамильтона для оценки депрессии [4]. При определении приверженности к лечению, т.е. степени соответствия поведения больного рекомендациям полученным от врача (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) использовали факторы, определяющие приверженность: позиции врача и пациента, особенности заболевания, характер рекомендованного лечения, социально-экономическое положение и др. по анкете РНПЦ «Кардиология» РФ определения приверженности. Для определения качества жизни – способность человека функционировать в обществе в соответствии с его положением и получать удовольствие от жизни, использовалась анкета, куда входили все параметры, характеризующие качество жизни. Анализ проводился по 4-х бальной системе (часть Миннесотского опросника). Уточняли давность заболевания, вредные привычки, характер питания. Записывалась ЭКГ с анализом ЭКГ- признаков ишемии миокарда (инверсия зубца Т, снижение сегмента S-T), ЭХО-КГ (ФВ % и наличие зон гипокинеза), определялся липидный спектр сыворотки крови.

Результаты исследования: Все больные в зависимости от наличия депрессии разделены на 2 группы (с депрессией и без депрессии). Депрессия выявлена у 24 человек – 34.2 % с хронической ИБС и у 9 человек (30%) с инфарктом миокарда. Пациенты с депрессией 83% связывают начало и обострение заболевания с психоэмоциональным стрессом. Четко прослеживается связь частоты депрессии с давностью заболевания ИБС и повышением возраста больных. Отмечено 16% больных с депрессией при впервые выявленной ИБС, 21% при ИБС до 5 лет, 20% депрессий при ИБС до 10 лет, более 10 лет ИБС- 31% больных с депрессией. У больных с депрессивной симптоматикой значительно снижена приверженность к лечению и соблюдению рекомендаций. В группе с депрессией только у 8% больных высокий уровень приверженности, у 50% средний и у 42% низкий уровень. В группе без депрессии соответственно 29%, 53% и 18%.

Больные с депрессией нерегулярно принимают лечение, отказываются от рекомендаций по здоровому образу жизни, хуже выполняют рекомендации по диете, по отказу от алкоголя и курения, практически не

участвуют в мероприятиях по реабилитации. Качество жизни больных в группе с депрессией резко снижено: у 83% низкий уровень по баллам, у 9% – средний, у 8% – высокий. Соответственно в группе без депрессии: 16% – низкий, 34% – средний, 50% – высокий. У пациентов с депрессией много соматических жалоб, низкий функциональный статус, меньше удовлетворены результатом лечения, чаще госпитализации. Данные лабораторно-функциональных исследований: у больных с депрессией по ЭКГ у 83% наличие признаков ишемии (снижение сегмента S-T), медленная положительная динамика при лечении, по УЗИ сердца у 52% из них снижена ФВ до 50 % и ниже, зоны гипокинеза у 42%. У 66% больных с депрессией гиперхолестеринемия, без депрессии – больше склонны к здоровому образу жизни- гиперхолестеринемия у 38% человек.

Заключение: четко прослеживается утяжеление течения ИБС у больных с депрессией. Несколько тяжелее протекает ИБС у больных депрессией в сочетании с сопутствующими факторами риска СД, алкоголь, курение. Заметно снижена приверженность к лечению. Эти больные требуют привлечения большего количества врачей различных специальностей, дорогостоящих методов исследования. Всё это увеличивает затраты на лечение больных при малой клинической эффективности. Прослеживается связь нарастания депрессии у больных с возрастом и стажем заболевания. При длительности ИБС более 10 лет – депрессия у 58 %. У 73% больных ИБС с депрессией резко снижено качество жизни, большие бесцельные экономические затраты на многочисленные исследования.

Высокая распространенность депрессивных расстройств у больных ИБС, негативное их влияние на качество жизни и прогноз естественно требуют от врачей общеймедицинской практики разработки новой тактики ведения указанных больных.

Выводы:

1. Депрессия однозначно утяжеляет течение ИБС, ухудшает прогноз и качество жизни.

2. Высокая распространенность депрессии у больных ИБС требует повышения скрининговой активности и улучшения информативности о данной патологии.

3. У каждого больного ИБС, особенно длительно болеющего, при встрече с врачом должны использоваться анкеты по выявлению депрессии и при необходимости консультация психотерапевта.

4. Врачи общей практики должны сыграть приоритетную роль в своевременном выявлении депрессивных состояний и оказании надлежащей помощи таким больным в зависимости от степени тяжести депрессии.

5. При составлении протоколов лечения больных ИБС должны предусматриваться препараты по лечению депрессивных состояний.

6. Необходимо разработать специальные памятки по здоровому образу жизни больных ИБС с депрессией.

Литература

1. Лебедева Н.Б. Особенности психосоциального статуса больных инфарктом миокарда и их влияние на течение заболевания / Н.Б.Лебедева, Лебедев О.В. и соавт.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Москва.–2007.–№1.– С.28.

2.Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике: методическое пособие для врачей (приложение к журналу кардиоваскулярная терапия и профилактика). –2007. –№1.– С. 10-14.

3. Козлова С.Н. Особенности коморбидности депрессии и ишемической болезни сердца (обзор иностранной литературы) / С.Н. Козлова // Психические расстройства в общей медицине. 2007. - Т. 2, №4. - С.32-35.

4. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. «Шкала Гамильтона для оценки депрессии».– Минск, 2010.– С.577-582.

КОМПАЕНС В МЕДИЦИНЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Новикова Р. А., ²Полевкова Н.Я., ¹Богусевич К. И., ¹Кулеш В. И.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания, как исследователей, так и работников практического здравоохранения, однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой. По данным ВОЗ, примерно половина пациентов с хроническими заболеваниями не выполняет медицинские рекомендации (Carter S., 2001, WHO 2003). Порядка 50% прерывают терапию в течение 6 месяцев от ее начала, и только 15% продолжает лечение до 1 года (Carter S., 2001, Osterberg L., 2005). Несоблюдение пациентами врачебных назначений приводит к серьезным последствиям и существенно снижает эффективность лечения, создает проблему бессмысленности разработки новых подходов к терапии больных [1-3]. Причины низкой приверженности к лечению не всегда ясны. Приверженность терапии – это соблюдение указаний врача, этот

термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» (англ. «compliance»), означающего «соблюдение» пациентом режима и схемы лечения [3].

Цель работы: выявить основные причины низкой комплаентности к лечению у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и соответственно изыскать возможные пути оптимизации лечения.

Задачи: оценить приверженность к лечению у исследуемых больных. Выявить значимые факторы, оказывающие влияние на выполнение врачебных назначений. Изучить гендерные и возрастные влияния на приверженность лечения, а также качество жизни и психологические особенности у этих пациентов.

Материалы и методы: исследовано 120 пациентов с ИБС различными формами – 57 мужчин и 63 женщины в возрасте от 30 до 80 лет. Степень комплаентности определяли по тесту Мориски-Грина [4], получившему большое распространение в практике. Согласно критериям данного теста комплаентными считаются пациенты, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» более 3 раз (набравшие более 3 баллов):

1. Забывали ли Вы, когда-либо принять препараты? (нет/да)
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да)
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да)
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Проводилось физикальное исследование. Для определения качества жизни использовали анкету (часть Миннесотского опросника) [5]. Наличие у пациентов тревожных и депрессивных расстройств выявляли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Гамельтона [6]. Для определения приверженности к лечению анализировали 4 составляющие комплаенса в лечении больных: связанные с больным, с высокой стоимостью терапии, со сложным режимом приема лекарств, связанные с органами здравоохранения (анкета РНПЦ «Кардиология» РФ). Анализировались результаты записанных ЭКГ (интервал ST, зубец T и наличие признаков перенесенного инфаркта миокарда), ЭхоКГ с анализом ФВ, КДО, зон гипокинеза. Определялся липидный спектр сыворотки крови. Статистическая обработка результатов исследования выполнена на компьютере с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statics 20,0. Математические закономерности при исследовании данных выявляли с помощью непараметрических методов.

Результаты исследования: По показателям теста Мориски-Грина все пациенты распределились на 3 группы.

I-я группа – приверженные к лечению 25% больных, из них в возрасте до 40 лет – 62,5% и 30% – 40-60 лет. Это пациенты, имеющие, как правило,

высшее образование (40,0%), средний социально-экономический уровень жизни 80,0%. Качество жизни у них довольно высокое (10% высокое, 50% ближе к высокому) 40% мужчин и 60% женщин. У них достоверно менее выражена депрессия по сравнению со II и III группами ($p < 0,05$). Нерезко выражены изменения ЭКГ и ЭхоКГ.

II-я группа – недостаточно приверженные к лечению 35%. Здесь 40% пациентов больше 60 лет и 30% – 40-60 лет, больше женщин 55%, большинство имеют среднее образование (44,5%), значительно ниже социально-экономический уровень, а у 33,3% ниже среднего. Средний уровень качества жизни у 66,7%, чаще выражены депрессивные расстройства (33,3% субклинически и 22,3% клинически).

III-я группа: неприверженные к лечению – 40%. Среди них 44% старше 60 лет и только 21% моложе 40 лет, 54% мужчин, у 43,75% низкий уровень образования, у 43,75% низкое качество жизни. Тем не менее депрессивные и тревожные симптомы у них нерезко выражены: 12,3% и 6,2% , соответственно.

Уровень холестерина соответственно в группах 5 – 5,3 – 4,9 ммоль/л, триглицеридов 1,36–1,69–1,67 ммоль/л. Характер изменений на ЭКГ достоверно ($p < 0,05$) более выражен в III-й группе, в которой отмечаются наиболее частые изменения ишемического характера , что подтверждается и на ЭхоКГ (зоны гипокинеза).

Анализируя причины нерегулярного приема лекарств выяснилось, что назвали высокую стоимость лекарств 69,8% пациентов, наличие побочных эффектов – 22,5%, отсутствие контакта с врачом 12,5%.

Заключение: Таким образом привержены к лечению только 25,0% больных ИБС. В большинстве это женщины в возрасте до 60 лет, чаще с высшим образованием, имеющие средний социально-экономический уровень. У них достоверно ($p < 0,05$) выше качество жизни, они менее других подвержены тревожным и депрессивным расстройствам и, как результат у них отмечаются значительно менее выраженные изменения со стороны ЭКГ и ЭхоКГ.

Пациенты, не подверженные лечению, составляют довольно большой процент (48,0%). Чаще это мужчины с более низким уровнем образования, естественно, имеющие достоверно ($p < 0,05$) более низкое качество жизни. Обращает на себя внимание, что у них меньше выявляется депрессивных и тревожных расстройств. Возможно потому, что они меньше придают значение всем жизненным нюансам в силу того, что несколько ниже уровень образования и в этой группе больше мужчин, а возможно сказывается и более старший возраст. Изменения на ЭКГ и ЭхоКГ у них достоверно ($p < 0,05$) более глубокие. Однозначно все больные одним из факторов неприверженности отмечают высокую стоимость лекарств, сложность

терапии. Немаловажно, что 12,5% больных указали на отсутствие контакта с врачом.

Выводы:

1. Результаты лечения больных и исход заболевания достоверно зависит от соблюдения полного комплаенса лечения.

2. Степень приверженности больных к лечению зависит от субъективно-объективных факторов: от личностных особенностей больного, грамотности и выполнения этических правил врача, а также от органов здравоохранения.

3. При работе с пациентом, необходимо должное внимание уделять категории больных старших возрастных групп, интеллекту больного и его экономическим возможностям.

4. При выписке рецептов врач должен обращать внимание на стоимость лекарства, возможности замены его на менее дорогое, но полноценное и при необходимости ставить вопрос перед администрацией о льготных препаратах.

5. Серьезно относиться к вопросам полипрогмазии и сложности терапии.

6. Пожилым и малообразованным пациентам организовывать не реже одного раза в месяц патронаж медицинской сестры для контроля за выполнением рекомендаций врача.

7. Регулярный анализ комплаенса лечения у пациентов с ИБС и необходимость в постоянной коррекции его составляющих должны стать одним из стимулов повышения эффективности лечения.

8. В медицинских учреждениях должна издаваться вспомогательная литература в помощь больным с низким комплаенсом лечения.

9. Обеспечение максимально полной комплаентности в лечении больных ИБС, естественно, улучшит исход заболевания, уменьшит частоту госпитализации, повысит качество жизни больных ИБС и даст экономический эффект.

Литература

1. Банщикова Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы/ Ф.Р. Банщикова //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. –2006.–Т.3.–№4.–С.24-27.

2. Бикинина Г.М. Приверженность к лечению у пациентов с различным типом отношения и мотивацией к приему медикаментов / Бикинина Г.М., Исхаков Э.Р. // Современные наукоемкие технологии. 2007. - № 4. - С. 94-95.

3. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача.–2007.–Т.4.–№6.–С.21-25.

4. Morisky D.E. Тест Мориски-Грина / D.E. Morisky, L.W Green .– 1986.

5. Новик А.А., Ионова Г.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.– 2002.

6.Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. «Шкала Гамильтона для оценки депрессии».– Минск, 2010.– С.577-582.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УЛУЧШЕНИЮ ПРОГНОЗА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Новикова Р.А., ²Жих О.Д., ¹Романенко В.А., ¹Шаплыко К.А.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

*²Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»,
Минск, Республика Беларусь*

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), по-прежнему, является лидирующей причиной смертности взрослого населения во всем мире. В 2012 году ИБС унесла жизни 7,4 млн людей, в связи с чем актуальность данной проблемы сохранна, в том числе и для Республики Беларусь. По данным эпидемиологических исследований распространенность ИБС различна в разных странах мира и увеличивается в молодом возрасте. В эпидемиологических исследованиях при выявлении лиц, страдающих ИБС, обычно используется вопросник Роуза для выявления стенокардии напряжения и изменений ЭКГ, часто встречающихся при ИБС. Необходимо отметить, что показатели распространенности ИБС могут варьировать в зависимости от избранных критериев выявления заболевания, что следует учитывать при сравнении данных различных исследований. По данным разных авторов ИБС имеет место у 5-15% мужчин 40-59 лет. В рекомендациях группы экспертов Европейского общества кардиологов на основании анализа результатов ряда крупных эпидемиологических программ отмечается, что в странах с высокой и относительно высокой распространенностью ИБС, а Республика Беларусь относится именно к таким странам, число лиц, страдающих ИБС, составляет 30–40 тысяч на миллион населения. При этом более чем у половины, из-за тяжести симптомов ИБС, серьезно ограничена их повседневная активность, что нередко ведет к преждевременному уходу на пенсию, временной, а также стойкой утрате трудоспособности [1]. Чаще всего это пациенты, не получающие своевременного лечения, не отличающиеся должной приверженностью к лечению или начавшие его получать слишком поздно. Одной из остро возникающих проблем в вопросе ИБС является своевременность диагностики и возможность использования наиболее информативного метода определения степени поражения коронарных артерий -

коронароангиографии (КАГ) именно в плановом порядке, а не только в условиях острого коронарного синдрома (ОКС) с целью реваскуляризации [2,3]. По-прежнему актуальным остается вопрос достоверности показателей липидного спектра крови, в той или иной степени, свидетельствующего о возможных изменениях в коронарных артериях [4].

Социальная направленность медицины и увеличение средней продолжительности жизни требует более широкого внедрения мероприятий по повышению качества жизни пациентов: КАГ с чрескожной ангиопластикой (ЧКА), тромболитической терапии (ТЛТ) с целью реваскуляризации, а также аортокоронарного шунтирования (АКШ) [5].

Цель работы: определение степени влияния выполненных КАГ, ТЛТ и АКШ на эффективность лечения, качество жизни пациентов и прогноз.

Материал и методы: Нами исследовано 180 пациентов с различными формами ИБС, классами стенокардии в возрасте от 30 до 75 лет, 133 мужчины и 47 женщин. Давность заболевания до 5 лет – было 50%, 6-10 лет – 28%, впервые возникшая у 39 человек (22%) – из них крупноочаговый инфаркт миокарда развился у 10 человек (6%), мелкоочаговый - у 13 человек (7%), нестабильная стенокардия имела место в 12 % случаев. Высокая приверженность к лечению пациентов с длительностью ИБС до 5 лет – 72%, 6-10 лет – 77%. Все получали лечение по протоколу.

Всем пациентам в период обострения была выполнена КАГ. Показанием для КАГ было упорство болевого синдрома или ишемия миокарда, невзирая на проводимую терапию. При этом ЧКА с целью реперфузии была выполнена 25 пациентам (14%). ТЛТ выполнено 10 пациентам (6%) (стрептокиназой – 7, метализой – 3).

КАГ в анамнезе была у 40 пациентов (22%), при этом ЧКА выполнена была 23 пациентам (13%) у них же стентирована передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА), ТЛТ (достоверно по предъявленной документации) – у 10 пациентов (6%). АКШ в анамнезе у 11(6%) пациентов.

После КАГ все пациенты были разделены на 3 группы. 1 группа - без гемодинамически значимого поражения коронарных артерий – 63 человека (35%), 2 группа – с поражением правой коронарной артерии и её ветвей – 37 пациентов (21%), 3 группа – с поражением левой коронарной артерии и её ветвей – 80 пациентов (44%). Всем пациентам проводилось ЭКГ, ЭхоКГ с определением фракции выброса (ФВ), конечного диастолического объёма (КДО), зон гипо/а/дискинеза. Определялся липидный спектр крови, изучался анамнез (проведение АКШ в прошлом и характер боли после АКШ), факторы риска по развитию ИБС – индекс массы тела (ИМТ), наличие сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), гиподинамии. С помощью составленного опросника (часть Миннесотского опросника) был изучен показатель изменений качества жизни по 4-х бальной системе,

обусловленных течением ИБС, в разных возрастных группах пациентов с ИБС. Опросник включал бальную шкалу (от 0 до 4 баллов): оценивали физический и психоэмоциональный статус, экономическое положение пациента, удовлетворённость жизнью, влиянии симптомов болезни на жизнь. Менее 5 набранных баллов рассматривали как хорошее качество жизни (минимальная степень изменений), 5-10 баллов – удовлетворительное (лёгкая степень изменений), 10-15 баллов – неудовлетворительное (средняя степень изменений), 15-20 баллов – плохое (выраженная степень изменений).

Результаты: в 1 группе 63 пациента – (35%) - без гемодинамически значимого поражения коронарных артерий - было 17 (27%) женщин, 46 (73%) мужчин. Возраст: от 40 до 60 лет - 61 пациент (97%), от 61 до 75 – 2 (3%) человека.

Наблюдался классический ангинозный болевой синдром у 45 человек (71%), у 10 (16 %) по типу вазоспастической стенокардии, у 8 (13 %) пациентов – безболевого ишемия миокарда. У всех пациентов выявлена сопутствующая АГ. СД имел место в 24% случаев (15 человек). Инфаркт миокарда в анамнезе у всех пациентов отсутствовал. КАГ по анамнезу ни у кого ранее не выполнялась. Впервые возникшая симптоматика имела место у 15 (24%) пациентов, давность ИБС до 5 лет – 28 чел (38,3%), от 5 до 10 лет – 20 чел (37,7%). Повышение ИМТ (более 25 единиц) имело место в 33 % случаев (21 человек). Гиподинамия в разной степени отмечалась у всех пациентов.

Холестерин и триглицериды в основном не превышали норму и только у 5 (8%) пациентов холестерин – $5,8 \pm 0,5$ ммоль/л и триглицериды у 6 (10 %) пациентов выше нормы – $2,9 \pm 0,4$ ммоль/л. Изменения качества жизни: у 15 (24%) пациентов минимальные (пациенты с впервые возникшей симптоматикой), легкую степень изменений отметили 20 (32%) пациентов, среднюю – 22 (35%), выраженную – 6 (9%). На ЭКГ и ЭхоКГ без выраженных изменений. Учитывая данные КАГ и анамнез заболевания (впервые возникшая симптоматика) 15 пациентам (24%) диагноз был изменен на вазоспастическую стенокардию.

2 группа с поражением правой коронарной артерии и её ветвей у 37 пациентов (21%), 10 (27%) женщин, 27 (73%) мужчин. Возраст: от 40 до 60 лет – 33 пациента (90%), от 61 до 75 – 4 (10%) человека.

Наблюдался классический ангинозный болевой синдром у 25 человек (68%), у 7 (19%) по типу «чувства нехватки воздуха», у 5 (13 %) пациентов – безболевого ишемия миокарда. Давность заболевания до 5 лет у 15 человек (40,6%), от 5 до 10 лет – 22 (59,4%). У всех пациентов выявлена сопутствующая АГ. СД имел место в 29% случаев (11 человек). Инфаркт миокарда в анамнезе у 12 (32%) человек. У 5 пациентов снижение сократительной способности миокарда. ФВ – $45,5 \pm 2,4\%$, КДО – $230 \pm 6,2$ мл. У них же зоны гипокинеза и акинеза на ЭхоКГ, на ЭКГ – признаки

постинфарктных рубцов. КАГ в анамнезе у 11 (30%) человек, у 3-х АКШ – улучшение более 5 лет, стентирование у 4-х человек (улучшение 4 года), у 4-х ЧКА не проводилась. Впервые возникшая симптоматика имела место у 9 (24%) пациентов. Повышение ИМТ (более 25 единиц) имело место в 40 % случаев (15 человек). Гиподинамия в разной степени отмечалась у всех пациентов. Холестерин и триглицериды в основном не превышали норму и только у 4 (11%) пациентов холестерин – $5,7 \pm 0,5$ ммоль/л и триглицериды у 5 (14 %) пациентов выше нормы – $2,9 \pm 0,5$ ммоль/л. Изменения качества жизни: у 9 (24%) пациентов – минимальная степень изменений (пациенты с впервые возникшей симптоматикой), легкую степень изменений отметили 15 (41%) пациентов, среднюю – 9 (24%), выраженную – 4 (11%). При повторной КАГ – у 10 человек (27,0%) поставлен стент, двум назначена консультация кардиохирурга.

3 группа – пациенты с поражением левой коронарной артерии и её ветвей (80 пациентов – 44%) было 20 (25%) женщин, 60 (75%) мужчин. Возраст: от 40 до 60 лет 62 пациента (78%), от 61 до 75 – 17 (21%) человек, 1 (1%) пациент – 33 года.

Наблюдался классический ангинозный болевой синдром у 55 человек (69%), у 18 (12 %) по типу вазоспастической стенокардии, у 7 (9 %) пациентов – безболевого ишемия миокарда. У всех пациентов выявлена сопутствующая АГ. СД имел место в 35% случаев (у 28 человек). Инфаркт миокарда в анамнезе у 19 (24%) человек. У 15 пациентов снижение сократительной способности миокарда. ФВ – $44,5 \pm 3,4\%$, КДО – $220 \pm 5,2$ мл. У них же зоны гипокинеза и акинеза на ЭхоКГ, на ЭКГ – у 15 признаки постинфарктных рубцов, у 4-х – ишемия миокарда, КАГ в анамнезе у 29 (36,25%) человек (в 23 случаях поставлен стент в левую коронарную артерию, после стентирования у 20 пациентов улучшение: снижение частоты приема нитратов на протяжении более 5 лет, а именно уменьшение частоты ангинозных приступов с 2 раз в неделю, до 1 раза в 2 месяца); у 3-х пациентов – слабopоложительный результат, АКШ в анамнезе у 11 (14%) человек. После АКШ улучшение у 6 человек (уменьшение интенсивности болевых приступов в течение 5 лет, у 1 человека без улучшений). ТЛТ у 10 (13%) пациентов, у которых боли полностью не купировались в связи с чем выполнялась ЧКА. С целью реперфузии ЧКА выполнена 25 (31%) пациентам. Впервые возникшая симптоматика имела место у 15 (19%) пациентов. Повышение ИМТ (более 25 единиц) имело место в 47 % случаев (38 человек). Гиподинамия в разной степени отмечалась у всех пациентов. Холестерин и триглицериды в основном не превышали норму и только 8 (10%) пациентов холестерин – $5,9 \pm 0,6$ ммоль/л и триглицериды у 5 (6 %) пациентов выше нормы – $2,9 \pm 0,6$ ммоль/л. Изменения качества жизни: у 15 (19%) пациентов удовлетворительное (пациенты с впервые возникшей симптоматикой), легкую степень изменений отметили 37 (46 %) пациентов (в

данную категорию входили все пациенты с ЧКА и АКШ в анамнезе), среднюю – 19 (24%), выраженную – 9(11%). Отдельно в рамках данной группы проанализировано качество жизни пациентов с ЧКА 23 пациента (29%) в анамнезе и без выполнения. При этом все пациенты с ЧКА в анамнезе набрали менее 10 баллов, что соответствует минимальной и лёгкой степени изменений, в то время как пациенты без ЧКА из 57 человек 28 пациентов (49%) имели выраженную и среднюю степень выраженности изменений.

Заключение: проведенное исследование показало, что чаще стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий страдают мужчины, особенно имеющие факторы риска – АГ, гиподинамия, сахарный диабет (30%) и повышение ИМТ (40%). Изменения со стороны липидного спектра крови чаще не соответствовали изменениям со стороны сосудистой стенки, при этом показатели общего холестерина и триглицеридов часто остаются в пределах нормальных значений, в тоже время при КАГ регистрируется достоверно значимое стенозирование коронарных артерий, что в последующем приводит к развитию инфаркта миокарда, снижает качество жизни и усугубляет прогноз. Значимым механизмом развития ишемии миокарда, помимо стенозирующего атеросклероза коронарных артерий по-видимому, является их спазм, о чем свидетельствуют данные исследований I группы – наличие без гемодинамически значимых окклюзий коронарных артерий. Это может указывать на вазоспастическую или микроваскулярную стенокардию, а следовательно, требует улучшения и унификации подходов к их диагностике и специфическому лечению. Наиболее часто встречается стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии.

Оценка качества жизни пациентов в группах с проведенной КАГ с ЧКА и без ЧКА, свидетельствуют, что проведение ЧКА улучшает качество жизни пациентов, а также снижает потребность в нитратах на протяжении ближайших 5 и более лет. У пациентов с изолированно проведенной ТЛТ в анамнезе не всегда удавалось купировать боль и приходилось прибегать к ЧКА. После проведенного АКШ снижение потребности в нитратах, а также урежение болевых приступов отмечено у половины пациентов. У них оказались значительно менее выражены изменения на ЭКГ и ЭхоКГ, что естественно улучшает прогноз.

Выводы:

1. Характер болевого синдрома у больных с поражением коронарных артерий и без поражения клинически не позволяет достоверно дифференцировать вид стенокардии и уточнить степень поражения коронарных артерий.
2. Во всех случаях упорного болевого синдрома необходимо как можно раньше проводить КАГ.

3. Наиболее рано проведенные КАГ и ЧКА позволяют уменьшить изменения в миокарде, что, естественно, может улучшить течение заболевания и его прогноз.

4. Липидный спектр сыворотки крови не всегда соответствует степени поражения коронарных артерий и не может служить абсолютным критерием ее диагностики.

5. Особое внимание следует обращать на диагностику атеросклероза коронарных артерий у мужчин пожилого возраста с АГ, сахарным диабетом и повышенным ИМТ.

6. Изолировано проведенная ТЛТ не всегда эффективна, нередко не купирует полностью болевой синдром и требует дополнительно спасительной или подготовленной ЧКА.

7. В перспективе КАГ должна быть первоочередным исследованием у всех больных ИБС с последующим выполнением при необходимости ЧКА или АКШ.

8. Раннее проведение КАГ и ЧКА значительно улучшает качество жизни больных ИБС, позволяет снизить количество медикаментов, уменьшает количество госпитализаций, снижает инвалидизацию, даёт экономический эффект.

Литература

1. Крюков Н.Н. Ишемическая болезнь сердца. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы / Н.Н. Крюков, В.П. Поляков, Е.Н. Николаевский.– Макет ООО «ИПК «Содружество», 2010.–651 с.

2. Марков В.А. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда / В.М. Марков, Е.В. Вышлов – НИИ кардиологии СО РАМН: Макет STT, 2011.– 148 с.

3. Митьковская Н.П. Тромбозис на амбулаторном этапе / Н.П. Митьковская, Э.В. Козырев, О.А Шаранова, А.Н. Мороз // Кардиология в Беларуси.–2010.–№1 (08) – С.13-26.

4. Нестеров Ю.И. Атеросклероз: диагностика, лечение, профилактика. Ростов-на-Дону.–2007.–с. 3.

5. Нгуен Т.Н. Интервенционная кардиология. Практическое руководство / Т.Н. Нгуен – М.: Медицинская литература, 2013.– 376 с.

КОМОРБИДНОСТЬ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Панкратова Ю.Ю.¹, Алексейчик С.Е.¹, Семенова А.В.¹, Санкович Е.В.², Рудая Е.Г.², Крючкова А.М.², Борисова Т.Б.², Мазур В.В.², Поланцевич Д.В.²

¹ Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

² Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Согласно Н.С. Крамер и М. Van den Akker, коморбидность – сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний [1, с. 721; 2, с. 65]. Коморбидность широко распространена среди пациентов, госпитализированных в терапевтические стационары. Она оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Соответственно, наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению количества койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации [3, с. 5].

Цель: оценить влияние коморбидности и некоторых лабораторных показателей на исход заболевания у пациентов с тяжелой патологией органов дыхания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с тяжелой патологией респираторной системы, находившихся на лечении в отделениях пульмонологии № 1, 2, реанимации 10-й ГКБ в 2013-2014 гг. В ходе исследования были сформированы две группы. Первую составили 45 пациентов с летальным исходом. При оценке коморбидности у них учитывались данные анамнеза и заключительный патологоанатомический диагноз. Во вторую группу вошли 30 пациентов, получавшие лечение в отделении реанимации и в дальнейшем переведенные в пульмонологическое отделение с положительной динамикой. У них оценка коморбидности проводилась с учетом окончательного диагноза при выписке, данных лабораторно-инструментальных исследований.

Использовали индексы коморбидности, рассчитанные по Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), Kaplan-Fenstein и Charlson [3, с. 5; 4, с.78]. Статистический анализ проводился при помощи программы «BIOSTAT». Для сравнительного анализа использовались параметрические (критерий Стьюдента (t)) и непараметрические методы (критерий z). Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты. В обеих группах преобладали мужчины. Однако в группе 1 мужчин было достоверно больше (86,7%), чем в группе 2 (63,3%) ($z=2,09$; $p<0,05$). Корреляционный анализ выявил связь между полом и исходом заболевания ($r_s=0,27$; $p<0,05$; $n=75$), что подтверждает включение во многие шкалы мужской пол как дополнительный фактор риска неблагоприятного исхода заболевания.

Пациенты первой группы были старше ($t=2,2$; $p<0,05$). Средний возраст у них составил 66 ± 14 , а во второй – 58 ± 17 лет. Закономерно, на наш взгляд,

наличие взаимосвязи между возрастом и исходом заболевания ($r_s=0,23$; $p<0,05$; $n=75$).

По результатам вскрытия, у пациентов первой группы среди причин смерти преобладали злокачественные новообразования органов дыхания, тяжелое течение пневмонии и обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), бактериальная деструкция лёгких. У пациентов второй группы выявлены преимущественно тяжёлое течение пневмонии и обострение ХОБЛ. Умершие пациенты имели более высокие баллы коморбидного профиля по шкале CIRS ($14,8\pm 3,8$ и $10,2\pm 5,0$, соответственно, $t=4,6$; $p<0,05$). Также нами выявлена корреляционная связь между индексом CIRS и исходом ($r_s=0,35$; $p<0,05$; $n=75$). Аналогичные данные получены при расчете индекса Kaplan-Fenstein, при этом обнаружена ещё более тесная корреляционная связь между коморбидностью и исходом заболевания ($r_s=0,85$; $p<0,000001$; $n=75$). Наименее информативным оказался индекс Charlson, не выявивший различий между группами.

При анализе лабораторных данных у пациентов первой группы выявлена более выраженная гипокоагуляция: отмечалось удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) ($t=2,1$; $p<0,05$), тенденция к снижению концентрации фибриногена и удлинению тромбинового времени. Обнаружены корреляционные связи между АЧТВ ($r_s=0,59$; $p<0,001$; $n=50$), концентрацией фибриногена ($r_s=-0,84$; $p<0,00001$; $n=40$), тромбиновым временем ($r_s=0,87$; $p<0,0001$; $n=40$) и исходом заболевания.

Заключение:

1. Коморбидность влияет на исход заболевания. Чем выше коморбидный статус, тем выше риск летального исхода. Наиболее информативен индекс Kaplan-Fenstein.

2. Предикторы неблагоприятного исхода – мужской пол, пожилой возраст, гипокоагуляция.

Литература

1. Kraemer, H. C. Statistical issues in assessing comorbidity // Stat. Med. – 1995. – vol. 14. – P. 721-723.
2. Van den Akker, M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur. J. Gen. Pract. – 1996 – vol. 2 (2). – P. 65-70.
3. Вёрткин, А.Л. Коморбидность в клинической практике. Часть 1 // Архив внутренней медицины. – 2011. – № 1. – С. 5-6.
4. Вёрткин, А.Л. Коморбидность (часть2) // Лечащий врач. – 2013. – № 8. – С. 78.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МИНСКА

Раевнева Т.Г.,¹ Жаворонок С.В.,¹ Верлыго И.Э.,² Якута И.С.³

*Белорусский государственный медицинский университет¹
Главное управление по г.Минску и Минской области государственной
службы медицинских судебных экспертиз,²
УЗ «10 городская клиническая больница»³
Минск, Беларусь*

Актуальность: В настоящее время среди гастроэнтерологических больных практические врачи выделяют пациентов с циррозами печени. В первую очередь такие пациенты отличаются очень кратковременным эффектом от проводимой интенсивной терапии в стационаре и серьезным ближайшим прогнозом. Учитывая возраст, как правило не достигающий пенсионного, очевидно то бремя, каким является цирроз печени для нашего общества. Врачи старшего поколения в один голос утверждают, что количество таких пациентов существенно выросло в течение последних десятилетий. Так ли это на самом деле?

Цель: определить тенденции в распространенности хронических заболеваний печени в г. Минске по данным судебно-медицинских экспертиз в двух временных точках, разделенных 25 летним интервалом, и влияние алкоголя на эти тенденции.

Дизайн исследования. Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер. Были выбраны 2 года с интервалом 25 лет. В исследование были включены судебно-медицинские экспертизы за 1987 (n=1354) и 2012 годы (n=750). Все судебно-медицинские экспертизы содержали описание морфологии печени и исследование сыворотки крови на содержание алкоголя. Из данной выборки на первом этапе исследования были отобраны протоколы с морфологическими признаками фиброза/цирроза печени. Умершие в 1987 году с признаками фиброза/цирроза печени были включены в 1 группу (n=62). Умершие в 2012 году с признаками фиброза/цирроза печени были включены во 2 группу (n=109). Умершие в 1987 и 2012 годах с признаками фиброза/цирроза были сопоставимы по возрасту (58,5±9,7 лет и 56,6±12,7 лет соответственно; p=0,1430). Так же не было выявлено гендерных различий в 1 и 2 группах: 25 (40,3%) женщин и 37 мужчин в 1987 году против 34 женщины (31,1%) и 75 мужчин в 2012 (p=0,2349).

Выполнен сравнительный анализ частоты явлений с помощью пакета STATISTICA 6.

Результаты. Была сопоставлена частота явления – фиброз/цирроз печени в 1 и 2 группах. В 1 группе фиброз/цирроз печени констатировано достоверно чаще в 2012 году, чем в 1987: в 1987 – в 62 из 1354 исследований, в 2012 – в 109 из 750 исследований (4,6% против 14,5%;

$p=0,0000$). Из 62 протоколов за 1987 год фиброз констатирован в 30, цирроз в 32. Из 109 исследований за 2012 год фиброз диагностирован в 44, цирроз – в 65. Достоверно чаще в 2012 году, чем в 1987, при морфологическом исследовании печени обнаружен цирроз (8% против 2%, $p=0,0000$) и фиброз печени (5% против 2%, $p=0,0001$) в анализируемой выборке.

Был выполнен анализ возрастной структуры умерших с фиброзом/циррозом в 1987 и 2012 году. Выявлено, что увеличилась доля умерших в возрасте 25-34 года, имевших признаки фиброза/цирроза печени, с 1,6% до 11,0% ($p=0,0172$). В то же время доля умерших в возрасте 45-65 лет с признаками фиброза/цирроза печени уменьшилась с 61,3% до 43,1% ($p=0,0249$). Таким образом, выявлен рост частоты фиброза/цирроза печени в проанализированных выборках с интервалом в 25 лет за счет возрастной группы «25-34 года».

Общепризнано, что одним из основных гепатотоксичных факторов является этанол. Гепатотоксичность алкоголя зависит от дозы, образца питья, качества алкоголя. Частота явления «содержание этанола в крови умерших более 3‰» не различалась в 1987 и 2012 году и составила 6,1% (90 из 1471) и 6,3% (92 из 1453) соответственно ($p>0,05$). В то же время чрезвычайно высокие концентрации этанола в крови более 5‰ чаще обнаруживались в 1987 году (37 из 1471; 2,5%) чем в 2012 (8 из 1453; 0,5%; $p=0,0264$).

Среди 90 умерших в 1987 году с концентрацией этанола в крови более 3‰ средняя его концентрация составила $4,4 \pm 1,01$ ‰ (минимум 3,0; максимум 7,5). Аналогичный показатель в 2012 году составил $3,5 \pm 0,76$ ‰ (минимум 3,0; максимум 6,2). При сравнении средних величин выявлено, что концентрация этанола в крови у умерших от различных причин в 1987 году, была достоверно выше, чем тот же показатель в 2012 году ($4,4 \pm 1,01$, $n=90$ против $3,5 \pm 0,76$, $n=92$; $p=0,0000$).

Таким образом, в двух временных точках у населения г. Минска имеет место рост частоты фиброза/цирроза печени на фоне одинаковой частоты содержания этанола в крови (доза алкоголя) и уменьшения частоты высоких содержаний этанола в крови (образец питья). В связи с этим, необходимо вернуться к третьей составляющей гепатотоксичности этанола – качеству его. По видимому, разная направленность трендов у населения г. Минска в интервале 25 лет может быть обусловлена ухудшением качества употребляемого алкоголя.

Заключение:

Наличие фиброза/цирроза печени по данным морфологического исследования у умерших от различных причин в 2012 году обнаружено достоверно чаще, чем в 1987 году (4,6% в 1987 году и 14,5% в 2012 году, $p=0,0000$).

Основной прирост частоты фиброза /цирроза печени наблюдается в возрастной группе 25-34 года с 1,6% до 11,0%. ($p=0,0172$).

При сохранившейся частоте явления в двух временных точках, разделенных 25-летним интервалом, «содержание этанола в крови умерших более 3‰» (6,1% и 6,3% соответственно, $p > 0,05$), уменьшилась доза употребляемого алкоголя ($4,4 \pm 1,01$, $n=90$ против $3,5 \pm 0,76$, $n=92$; $p=0,0000$) и количество случаев тяжелого питья (содержание этанола в крови умерших более 5‰: 2,5% и 0,5% соответственно; $p=0,0264$).

Одним из факторов, способствующих более раннему и более частому развитию фиброза/цирроза печени у населения г. Минска, может быть качество употребляемого алкоголя.

Необходимы дальнейшие исследования для уточнения влияния других гепатотоксичных факторов, в первую очередь, HBV и HCV.

БРОНХОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО АЭРОЗОЛЯ

Рыбина Т.М., Протасевич Д.В., Стахивич В.А.

РУП «КЛЦГ», 10-я ГКБ г.Минск

Заболевания, вызванные воздействием промышленного аэрозоля занимают одно из ведущих мест в структуре профессиональной заболеваемости, что, несомненно, накладывает определенную ответственность перед врачом-профпатологом в плане правильной и своевременной верификации диагноза.

Клиническая диагностика заболеваний органов дыхания основывается на изучении анамнеза, жалоб больного, данных клинического обследования и результатов дополнительных методов исследования. Одной из наиболее характерных особенностей, отличающих профессиональные заболевания органов дыхания от другой этиологии, является постепенность в нарастании клинической симптоматики, отражающая сущность их. Как правило, симптоматика начинается с появления кашля - сухого или с отделением скудной мокроты. Эти проявления вначале настолько незначительны, что часто не привлекают к себе внимания работника и не являются поводом для обращения к врачу.

Таким образом, в диагностике профессиональной патологии большое значение приобретают функциональные, рентгенологические, эндоскопические и некоторые другие методы исследования.

Исследования, проведенные в последние годы, выявили характерные эндоскопические признаки пылевого воздействия на трахею и бронхи, отличающиеся от таковых при заболевании непрофессиональной этиологии, что позволяет рассматривать их как объективные эндоскопические критерии

при верификации диагноза. К ним относятся: высокая частота атрофических изменений слизистой оболочки, ранняя и выраженная атрофия бронхиальных желез, своеобразное изменение сосудистого рисунка слизистой оболочки трахеи и бронхов в виде «ложной гиперемии», часто встречающаяся (более 50%) дистония мембранозной стенки трахеи и бронхов, нередко наблюдаемая деформация различных участков бронхиального дерева, отсутствие типичных признаков воспаления, особенно в начальных стадиях заболевания, двусторонний и нисходящий характер поражения бронхиального дерева, начиная от трахеи и крупных бронхов к мелким. При эндоскопии у пациентов с выраженными формами заболевания к визуальной картине присоединяются гиперемия, отечность, повышенная складчатость, гиперсекреция слизисто-гнойного содержимого, что снижает выявляемость эндоскопических признаков атрофии. В этих случаях сочетание двустороннего диффузного бронхита с трахеитом может служить подтверждением пылевого генеза заболевания, так же как и появление выраженных эндоскопических признаков атрофии слизистой оболочки бронхов после проведения эндобронхиальных санаций.

Важное значение в диагностике приобретает исследование бронхоальвеолярного смыва с помощью цитологических и иммунологических методов. Это позволяет установить определенные изменения жизнеспособности клеток, их функциональной активности и соотношений между отдельными клеточными элементами, что дает возможность судить об этиологии и активности патологического процесса в легких. При заболеваниях, характеризующихся образованием специфических клеток и телец (например, злокачественные опухоли легких, асбестоз, гемосидероз), информативность цитологического исследования бронхоальвеолярных смывов может быть приравнена к информативности биопсии.

Проведены пилотные исследования в группе работников, занятых в условиях воздействия промышленного аэрозоля на предмет возможной лабораторной оценки бронхоальвеолярной жидкости (иммунные показатели, биохимические, цитологические, спектрофотометрические, на содержание металлов токсикантов).

Исходя из того, что полученные материалы диагностического бронхоальвеолярного содержимого недостаточно стандартны, вследствие различного разведения, мы, опираясь на данные литературы (J. Wiggins et al, 1983; J. Prochazka et al, 1988), рассчитывали все биохимические и иммунологические показатели на единицу альбумина в смывах. Концентрацию иммуноглобулинов в бронхиальном секрете определяли методом ИФА.

Результаты проведенного исследования позволили обнаружить нарушения иммунологической реактивности организма не только на этапе

развернутой клинической картины хронического бронхита, но и у лиц в состоянии предбронхита. У работников с различными факторами риска были выявлены неоднородные нарушения в системе гуморального иммунитета. Установлено, что наиболее часто выявлялись при профессиональном бронхите нарушение выработки иммуноглобулинов. Отмечена тенденция к пониженному содержанию IgG у работников с установленным пылевым бронхитом по сравнению с группой риска. Отмечены изменения также на уровне местного иммунитета, что может приводить к прогрессирующему течению воспалительного процесса. Данные изменения в системе гуморального иммунитета можно трактовать как эндогенный предрасполагающий компонент в формировании и развитии профессионального бронхита. С помощью атомно эмиссионной спектрофотометрии также были определены металлы-токсиканты в бронхоальвеолярной жидкости.

Дальнейшее проведение данных исследований позволит разработать критерии диагностики по верификации производственного генеза заболеваний, что даст специалистам ряд объективных показателей для установления диагноза.

РОЛЬ ЭЛЕМЕНТНОГО АНАЛИЗА ВОЛОС В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ

*Рыбина Т.М.¹, Исачкин В.П.², Кардаш О.Ф.¹, Данилова Т.К.¹, Зайцев В.А.¹,
Дударева Н.И.², Саевич Н.И.², Цуканова О.В.¹, Семизон С.Е.³, Савочкин
В.С.⁴*

*Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр
гигиены», г. Минск, Республика Беларусь¹*

*Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница,
г. Минск, Республика Беларусь²*

*Государственное предприятия «Медицинский центр-МТЗ», г. Минск,
Республика Беларусь³*

Медико-санитарная часть ОАО «МАЗ», г. Минск, Республика Беларусь⁴

«Несравненно легче настоящее
здоровье соблности, нежели
потерянное вернуть»
М.В. Ломоносов

Биологически значимые элементы для обеспечения нормальной жизнедеятельности делятся на макро- и микроэлементы. Диетологи

насчитывают около 30 минеральных веществ необходимых для нашего существования.

Микроэлементы – это вещества, содержание которых в организме составляет 1мг на 1 кг массы тела и меньше; суточная потребность составляет 10-20 мг. Они входят в состав гемоглобина, гормонов и ферментов. Микроэлементы – это не случайные ингредиенты тканей и жидкостей живых организмов, а компоненты закономерно существующей очень древней и сложной физиологической системы, участвующей в регуляции жизненных функций организмов на всех стадиях развития [1, с 496].

Макроэлементы содержатся в организме в больших количествах, суточная потребность в них колеблется от 0,4 до 5-7 г. Макроэлементы входят в состав тканей, мышц, костей, крови; обеспечивают солевой и ионный баланс жидкостей организма.

Микро- и макроэлементы влияют на скорость роста и умственное развитие ребенка (йод, цинк), репродуктивную функцию человека (цинк, селен), обеспечивают нормальное формирование скелета и мышечной системы (кальций, калий), участвуют в процессах кроветворения (железо, медь) и др. Содержание элементов в тканях организма строго сбалансировано и изменение концентрации одного из них влечет за собой сдвиги в содержании других. Избыточное поступление тяжелых металлов или дисбаланс ряда минеральных элементов может привести к значительным нарушениям метаболизма, функциональным расстройствам ряда органов и систем организма, различным патологическим состояниям [2, с 272].

Определить уровень элементов в организме можно с помощью исследования таких биосубстратов, как волосы, кровь, ногти. В последнее время для выявления состояния обмена химических элементов в организме и токсического воздействия отдельных тяжелых металлов все больший интерес представляет исследование волос. Использование волос имеет ряд преимуществ: получаемая проба нетравматична для человека, не требует для хранения специального оборудования, не портится и сохраняется без ограничения во времени. В волосах в небольших количествах содержатся практически все химические элементы, поступившие в организм человека с пищей и воздухом.

Определить содержание различных элементов в волосах можно с помощью атомно-эмиссионной спектрофотометрии. Эта диагностика определит содержание жизненно важных макро и микроэлементов (кальция, калия, железа, цинка, йода и др.), выявит отклонения от нормы (дефицит или избыток) и уровень загрязнения тяжелыми металлами. Для анализа достаточно нескольких тонких прядей волос непосредственно от корней.

Если дефицит возник не очень давно, восстановить норму можно довольно быстро. Такому человеку может помочь грамотно составленный

рацион питания. В некоторых случаях необходим прием недостающих элементов в виде препаратов. Людям, которые уже имеют проблемы со здоровьем, знание своего микроэлементного статуса поможет повысить эффективность лечения и продлить период ремиссии.

Одним из аспектов данного вопроса является воздействие промышленного аэрозоля. Работники машиностроительных предприятий в процессе производственной деятельности находятся в контакте с различного рода производственными факторами, которые могут оказывать негативное влияние на состояние их здоровья (Быстрых В.В., 2000; Боев В.М., 2002-2005; Тиньков А.Н. и др., 2004; Прохоров Б.Б., Тикунов В.С., 2005; Barrington W.W. et al., 1998; Utsunomiya S. et al., 2004; Thomas P. et al., 2005). Особое значение в этом отношении приобретают так называемые техногенные микроэлементозы (Авцын А.П. и др., 1991; Бабенко Г.А., 2001; Некрасов В.И., 2006 и др.).

Механизм нарушения элементного гомеостаза при поступлении в организм токсических соединений, в состав которых входят тяжелые металлы, углеводороды или другие токсические агенты, связывают с их прямым повреждающим действием на клеточные структуры, а также с их включением в метаболизм эссенциальных микроэлементов (Авцын А.П. и др., 1991; Савлуков А.И., Павлова Т.В. и др. 2004; Ревич Б.А., 2005; Faeltens S, 1981; Kapil U., Pathak P., Tandon M. et al. 1999; Windisch W., 2002; Anke M., 2006).

По данным литературы, у лиц, подверженных влиянию токсических факторов производства (свинец, кадмий и т.д.), описаны случаи увеличения заболеваемости инфекционными, респираторными, функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др. (Roman J., Kutsky Ph. D., 1981; Erickson K., Medina E., Hubbard N., 2000; Rubin C. et al., 2003). В основе такого рода расстройств, как правило, лежит снижение адаптационных возможностей организма и формирование патологических систем (Крыжановский Г.Н., 2002-2004; Ушаков И.Б., 2005; Некрасов В.И., Скальный А.В., 2006). До настоящего времени внимание ученых, в основном, привлекали профессиональные и профессионально обусловленные элементозы у рабочих, подвергающихся значительному воздействию металлов на производстве – металлургов, гальваников и т.д. (Ревич Б.А., 1992; Любченко П.Н., 1989; Некрасов В.И., 2006 и др.). В то же время влияние на уровень здоровья хронического воздействия комплекса вредных факторов в машиностроении оставался практически неизученным.

В рамках отраслевой научно-технической программы «Здоровье и окружающая среда» сотрудниками клинической лаборатории профпатологии и лаборатории спектрометрических исследований ГУ «РНПЦ гигиены» (ныне республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены») выполнено задание по изучению элементного состава

биологических субстратов, работников, занятых в условиях воздействия промышленного аэрозоля на предприятиях машиностроения. Работники, занятые в литейных и сварочных производствах, подвержены повышенному риску нарушений обмена микроэлементов, что может приводить к каскаду патологических изменений, повышению заболеваемости и снижению профессионального долголетия. Токсические процессы, развивающиеся у них в результате длительного воздействия металлов из воздуха рабочей зоны (10 лет контакта и более), могут проявляться в форме хронических интоксикаций, аллобиотических состояний (нарушение иммунитета, аллергизация организма и т.д.), специфических патогенетических и токсических процессов (мутагенез, тератогенез, канцерогенез и т.д.).

Изучение факторов воздействия, состояния здоровья работников предприятия машиностроительного сектора экономики во взаимосвязи с гомеостазом химических элементов послужило основой для разработки лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий с целью сохранения и восстановления функциональных резервов.

Для практического здравоохранения были подготовлены 2 инструктивных документа: «Диагностика и профилактика токсических микроэлементозов у работников литейных и сварочных производств» утв. 15.12.2011 гл гос сан врачом № 014-1211 и «Метод оценки нарушений эндоэлементного статуса человека в условиях воздействия химических факторов производственной среды» утв. гл гос сан врачом 12.12.2012 № 018-1112.

Инструкции были активно внедрены в медицинских санитарных частях Минского тракторного завода, Минского автозавода, а также отделении аллергологии и профпатологии УЗ 10-я ГКБ, что позволило не только выделить группы для проведения профилактических мероприятий но, и установить связь заболеваний работников с промышленными токсикантами.

Предложенные в Инструкциях метод оценки нарушений эндоэлементного статуса организма человека и мероприятия по профилактике токсических элементозов человека, индуцируемых факторами производственной среды литейных цехов и сварочных производств, показаны к применению в лечебно-профилактических объединениях, медико-санитарных частях и отделениях реабилитации и направлены на раннее выявление и предупреждение воздействия на организм неблагоприятных факторов условий труда и профилактики профессиональной заболеваемости у работников.

Таким образом, можно резюмировать, что в 21 веке возникший дефицит или избыток элементов можно без труда диагностировать на самой ранней стадии, еще до появления симптомов заболевания, что позволит обеспечить при, необходимости, проведение своевременных персонифицированных профилактических мероприятий.

Литература

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Монография. - М.: Медицина, 1991. - 496 с.
2. Скальный А.В., Рудаков И.А. Биоэлементы в медицине М.: Оникс 21 век, Мир, 2004. — 272 с.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Цзоу Ли, Раевнева Т.Г.¹, Артишевская Н.И.¹, Малюта Е.М.², Якута И.С.³

*Белорусский государственный медицинский университет¹
УЗ «3 городская клиническая больница»,²
УЗ «10 городская клиническая больница»³
Минск, Беларусь*

Одной из проблем современной гастроэнтерологии является своевременная диагностика хронического панкреатита (ХП). Прогрессирующее течение его с постепенным нарастанием болей, внешнесекреторной недостаточности, а в дальнейшем и эндокринной недостаточности поджелудочной железы существенно ухудшает качество жизни пациентов, а так же приводит к большим социально-экономическим потерям, связанным с временной и стойкой утратой трудоспособности пациентов молодого и среднего возраста. В мире наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет — более чем в 2 раза[1].

Все исследователи соглашаются с тем, что ХП это группа заболеваний различной этиологии, отличающихся фазовостью течения, диффузными или сегментарными изменениями экзокринной части, атрофией железистых элементов, различной тяжестиповреждениями протоковой системы и прогнозом [2,3]. Сложности диагностики ХП, усугубляются многообразием этиологических факторов и отсутствием согласованного подхода у врачей различных специальностей и разных школ в этих вопросах. В то же время, при постановке диагноза необходимо активное выявление возможной причины, а не просто констатация факта - наличия панкреатита. Немецкий панкреатолог А. Schneider, и его коллеги разработали в 2007 году опубликовали Международную классификацию хронического панкреатита M-ANNHEIM [4], в которой учтены различные этиологические аспекты ХП, предложены варианты диагностического статуса и балльная оценка тяжести заболевания.

Целью настоящего исследования было: изучить факторы риска развития хронического панкреатита среди госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение пациентов.

Задачи:

Определить диагностический статус у пациентов с типичными клиническими проявлениями хронического панкреатита.

Установить значимость отдельных групп факторов риска в исследуемой группе.

Материал и методы: Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер, выполнено на базе УЗ «3 ГКБ» г. Минска. Проанализированы истории болезни пациентов, получавших лечение по поводу хронического панкреатита в 2012-2013 годах. В исследование включены истории болезни пациентов, соответствующих критериям «определенного», «вероятного» и «пограничного» ХП [3].

Диагноз ХП подразумевает наличие типичной клинической картины ХП (например, рецидивирующие панкреатические атаки, абдоминальная боль) и присутствие следующих критериев заболевания:

«**Определенный**» ХП – один или несколько из следующих критериев:

Кальцификация ПЖ.

Умеренные или тяжелые изменения протоков (по Кембриджской классификации).

Выраженная постоянная экзокринная недостаточность ПЖ (например, стеаторея, которая значительно уменьшается при приеме ферментов).

Типичная для ХП гистологическая картина.

«**Вероятный**» ХП – один или несколько из следующих критериев:

Легкие изменения протоков (по Кембриджской классификации)

Псевдокиста(ы) – постоянно существующая или рецидивирующая

Патологические результаты функциональных тестов (показателей фекальной эластазы-1, секретинового теста, секретин-панкреозиминового теста)

Эндокринная недостаточность (например, патологические результаты теста толерантности к глюкозе).

«**Пограничный**» ХП – это ХП с типичной клинической картиной панкреатита, но при отсутствии критериев «вероятного» или «определенного» ХП. Эта форма предполагается при развитии 1-го эпизода ОП в случае наличия или отсутствия следующих факторов:

Семейный анамнез заболеваний ПЖ (например, другие члены семьи также болели ОП или раком ПЖ);

Имеют место факторы риска M-ANNHEIM

На основании приведенных критериев в исследование включено 86 историй болезни пациентов с ХП.

Были учтены множественные факторы риска по классификации M-ANNHEIM:

Multiple – многофакторная классификация

Alcohol – злоупотребление алкоголем

Nicotine – влияние никотина

Nutrition – нутритивные факторы

Heredity – наследственность

Efferentpancreaticductfactors – факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и отток секрета ПЖ

Immunologicalfactors – иммунологические факторы

Miscellaneousandmetabolicfactors – различные другие и метаболические факторы.

Средний возраст пациентов составил $54,08 \pm 11,71$ лет (max 85 лет, min 31 год), мужчин 53, женщин 33. Известная продолжительность заболевания составила $3,9 \pm 4,92$ года (min 1, max 30 лет).

Диагностика начала ХП в соответствии с системой M-ANNHEIM базировалась на наличии одного из следующих событий:

Первый эпизод (приступ) абдоминальной боли.

Впервые развившийся острый панкреатит.

Первое появление клинических проявлений экзокринной или эндокринной недостаточности поджелудочной железы.

В качестве визуализирующих методов были применены ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Экзокринная недостаточность констатировалась при наличии стеатореи при копрологическом исследовании и/или диареи, улучшающейся при назначении заместительной терапии ферментными препаратами. Эндокринная недостаточность определялась по уровню гликированного гемоглобина и/или результатам гликемического профиля, теста толерантности глюкозы.

Результаты и обсуждение. Диагностический статус у пациентов исследуемой группы, в соответствии с критериями M-ANNHEIM, констатирован как определенный у 28 пациентов (33%), вероятный – у 38 (44%), пограничный – у 20 (23%).

При анализе факторов риска развития ХП выявлено, что у 2 пациентов присутствовало по 1 фактору риска (метаболический (М) и нарушение оттока панкреатического секрета (Е)); у 42 - 2 фактора риска; у 34 – 3, у 8 – 4 и более факторов риска.

Таблица

Факторы риска развития хронического панкреатита

Факторы	Возраст		
	До 40 лет, n=19	40-70 лет, n=53	Старше 70 лет, n=14
Alcohol	10	27	0
Nicotine	9	21	0
Nutrition	7	26	9
Heredity	8	4	0
Efferentpancreaticduc	3	19	12

t			
Immunological	4	12	0
Miscellaneous and metabolic	6	21	11

В возрастной группе до 40 лет самыми распространенными факторами риска явились алкоголь и никотин, соответственно 52 и 47% (см. табл.). В то же время у 7 пациентов (36%) ХП развился на фоне дислипидемии с преобладанием гипертриглицеридемии. У этих пациентов коэффициент атерогенности определен в диапазоне от 5,7 до 15. У 4 пациентов возрастной группы до 40 лет ХП был ассоциирован с аутоиммунными заболеваниями: первичный склерозирующий холангит, болезнь Крона, псориаз, синдром Шегрена.

В возрастной группе от 40 до 70 лет наиболее частыми факторами риска явились алкоголь и дислипидемии с сосуществующими клиническими проявлениями атеросклероза, 50% и 49% соответственно.

В возрастной группе старше 70 лет самыми частыми факторами риска явились факторы, влияющие на отток секрета поджелудочной железы и различные токсические и метаболические факторы, в том числе и лекарственные, 85 и 78% соответственно.

Таким образом, у пациентов с наличием клиники ХП «определенный» ХП констатирован только у 33% пациентов, что связано с ограничением возможностей визуализации поджелудочной железы с помощью ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Оптимальным для таких пациентов является неинвазивное исследование – магнитно-резонансная томография и инвазивное – эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография.

По нашим данным среди пациентов с ХП в возрасте до 70 лет самым частым этиологическим фактором является алкоголь. В возрасте старше 70 лет в подавляющем большинстве случаев мы наблюдали сочетание нарушений оттока панкреатического секрета с токсическими и метаболическими воздействиями в качестве факторов риска формирования ХП.

Литература

1. Jupp J., Fine D., Johnson p. D. The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2010. – vol. 24, - 3. – p. 219-31.
2. Маев, И. В. Панкреатиты / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый // Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 223-489.

3. Munigala S., Kanwal F., Xian H., Agarwal B. New Diagnosis of Chronic Pancreatitis: Risk of Missing an Underlying Pancreatic Cancer//Am J Gastroenterol. 2014.-109(11):1824-1830.

4. Schneider, A. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease / A. Schneider, J. M. Lohr, M. V. Singer // J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42. – P. 101-119.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИЛИКОЗА НА МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

*Цыганкова О.А., Герменчук И.А., Крумкачева А.Ю.,
Гринева В.О., Колчева О.С.*

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность

В структуре профессиональной патологии доля заболеваний, обусловленных вредным воздействием пыли, занимает одно из первых мест. В свою очередь, среди пневмокониозов самым распространённым является силикоз. Данное заболевание является неизлечимым, вследствие чего его профилактика и выявление на ранних стадиях имеют большое значение. В этой связи можно утверждать, что данная научная работа является актуальной для практикующих врачей, профпатологов, гигиенистов, цеховых врачей и студентов медицинских вузов.

Цель: изучение особенностей развития и диагностики пневмокониозов в Республике Беларусь.

Методы исследования: сделан анализ амбулаторных карт 23-х пациентов с силикозом, работавших в литейных цехах Минского автомобильного завода. Проведена статистическая обработка методом процентного соотношения.

Результаты анализа

При установлении силикоза в Республиканском профпатологическом центре (РПЦ) рабочие литейных цехов поступали преимущественно из обрубного участка с профессией «обрубщик» – 9 человек (39%), реже – из термического и формовочного участков – по 5 человек (по 22%) с профессиями заливщика, сталевара, формовщика, стерженщика – всего 44%. Пациенты из литейных цехов других специальностей наблюдались в единичных случаях: огнеупорщик, шлаковщик, электромонтер – 4 человека (17%). Все пациенты были мужского пола.

Таким образом, обрубщики и другие рабочие специальности литейных цехов являются профессионально уязвимыми для развития силикоза.

Возраст пациентов имеет широкий диапазон: от 40 до 60 лет и старше.

Молодым пациентам (до 40 лет) диагноз «силикоз» установлен всего в 3-х случаях (13%). Наиболее многочисленную группу составили лица трудоспособного возраста (всего 13 человек: до 40 лет- 3 человека, 41-50 лет- 10 человек). Несколько меньшую группу составили лица предпенсионного и пенсионного возраста (10 человек), в том числе в возрасте от 51 до 55 и свыше 55 лет – по 5 человек (по 22%) .

В связи с тем, что обрубщики, заливщики и сталевары имеют право выхода на льготную пенсию в 50 лет (Список №1), а формовщики, стерженщики и другие специальности рабочих литейного цеха – в 55 лет (Список №2), возраст от 51 до 55 лет и, тем более, свыше 55 лет можно расценивать как преимущественно пенсионный (43,5%).

Таким образом, при первичном выявлении силикоза пациенты были в основном трудоспособного возраста (56,5%). Обращает на себя внимание значительное число пациентов пенсионного возраста (43,5%).

Стаж работы в условиях воздействия кремнийсодержащей пыли при первичном выявлении силикоза наблюдался в интервале от 15 до 40 лет. Однако 73,9 % пострадавших имели очень большой стаж работы – от 20 до 40 лет. Со стажем работы от 15 до 20 лет выявлено 6 человек (26,1%). При стаже работы до 15 лет силикоз не был выявлен.

Таким образом, обращает на себя внимание длительный стаж работы в неблагоприятных условиях – свыше 15 лет, в том числе от 21 до 40 лет – почти 74 %.

Рабочие всех специальностей литейных цехов подвергались воздействию нескольких неблагоприятных факторов, наиболее опасной из которых является кремневая пыль, содержащая более 10% свободного диоксида кремния. По данным исследования центра гигиены и эпидемиологии концентрации кремнийсодержащей пыли у всех названных профессий литейных цехов составляли от 4 до 8 мг/м³ при ПДК 2 мг/м³, что превышает допустимые концентрации в 2-4 раза. Как известно, кремнийсодержащая пыль при ПДК 2 мг/м³ содержит значительное количество свободного диоксида кремния – от 30 до 70%, что обуславливает высокую вероятность её фиброгенного действия.

Кроме того, на работников литейных цехов воздействовали шум, превышающий ПДУ на 10-12 дБ, и СО в концентрациях от 18 до 22 мг/м³ при ПДК 20 мг/м³. Окись углерода также могла способствовать развитию бронхо-легочной патологии.

Необходимо отметить время воздействия неблагоприятных факторов производства в течение рабочего дня, что составляет 85%. Рабочие используют индивидуальные средства защиты: респиратор «Лепесток» и беруши.

Таким образом, обрубщики, как и другие рабочие специальности литейных цехов, подвергаются воздействию высоких концентраций кремнийсодержащей пыли в течение длительного периода по стажу и % воздействия в смену, являющейся причиной развития силикоза.

Как известно, основным методом в диагностике силикоза является рентгенологическое исследование. При подозрении на силикоз в профпатологии принято наблюдать за пациентом, сравнивая рентгенологическую картину органов грудной клетки с интервалом 6-12 месяцев с целью уточнения (верификации) диагноза [1, с. 47].

Наши исследования показали, что в большинстве случаев (у 12 человек – 52,2%) силикоз был установлен сразу при обращении в РПЦ, без динамического, в том числе рентгенологического (Rg), наблюдения. В остальных случаях потребовалось 1-2 года наблюдения (21,7%), 3-5 лет (17,4%) и 12 лет (8,7%). Такой длительный срок наблюдения, очевидно, можно объяснить тем, что в нашей ретроспективной разработке не отмечено ни одного случая использования КТ-исследования органов грудной клетки, которое, в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пневмокозиозов, утвержденным МЗ РБ в 2013г., предусмотрено для обязательного первичного обследования пациента при подозрении на силикоз [2, с. 13].

Таким образом, факт установления силикоза в 52,2% случаев без динамического Rg-наблюдения свидетельствует о выраженных рентгенологических изменениях, характерных для силикоза.

В соответствии с Rg-данными в профпатологии принято делить силикоз на 3 стадии процесса – I-III [3, с. 31].

При первичном обращении в РПЦ наиболее часто выявлялась I стадия силикоза (13 человек – 56,5%), преимущественно интерстициальная форма (47,8%) и реже – I стадия смешанная форма (интерстициальная и узелковая) – в 8,7%. Также велико число пациентов (34,7%), у которых при первичном обращении в РПЦ выявлены I-II (переход из первой во вторую стадию) и II стадии силикоза, смешанная форма. Необходимо обратить особое внимание на то, что у двух пациентов (8,7%) первично был выявлен силикотуберкулез II стадии и силикотуберкулез II – III (переход из II в III стадию), с формированием узлов. Течение силикоза у всех пациентов наблюдалось медленно прогрессирующее.

Таким образом, при первичном обращении в РПЦ установление силикоза II стадии смешанной формы и тем более силикотуберкулеза II и

II- III стадий узловой формы свидетельствуют о поздней диагностике данной патологии с учётом медленно прогрессирующего течения.

Выводы

1. Силикоз чаще развивался у обрубщиков (39 %) и рабочих литейных цехов других профессий трудоспособного (56,5 %) и пенсионного возраста (43,5 %).

2. Все рабочие имели длительный стаж работы, в т. ч. от 21 до 40 лет (73,9%) в контакте с кремнийсодержащей пылью, превышающей ПДК в 2-4 раза.

3. Установление силикоза в 52,2% случаев без динамического наблюдения, а также первичное выявление II стадии силикоза и II-III стадий силикотуберкулеза свидетельствует о поздней диагностике силикоза.

4. Длительный стаж работы с превышением ПДК кремнийсодержащей пыли, трудности в диагностике силикоза позволяют сделать вывод о необходимости уменьшения стажа для рабочих профессий в литейном цехе до 10-15 лет.

Литература

1. Артамонова, В.Г. Профессиональные болезни: учебник / В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин – М., 2006. – 480 с.

2. Клинические протоколы диагностики и лечения профессиональных заболеваний органов дыхания / М-во здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2013. – 36 с.

3. Косарев, В.В. Профессиональные болезни: учебник / В.В. Косарев, С.А. Бабаев. – М., 2010. – 368 с.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИИ И ГИСТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ПРИ ПРИЗЫВЕ НА СРОЧНУЮ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

Янкуль А.Н.¹, Саевич Н.И.², Стахивич В.А.², Гризуть А.Т.²

*Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ», г. Минск¹
10-я городская клиническая больница, г. Минск²*

Проведен анализ эндоскопических и гистологических данных 136 мужчин в возрасте 18-26 лет, имевших симптомы диспепсии в период работы призывной медицинской комиссии. Установлена частота эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны и пищевода, частота контаминации *Helicobacter pylori*, морфологические характеристики слизистой оболочки желудка. Верификация заболевания у пациента с диспептическими жалобами является частой клинической задачей, имеющей научное и практическое значение.

Ключевые слова: диспепсия, язва двенадцатиперстной кишки, гастрит, эзофагит, *Helicobacter pylori*.

Цель: определить характер эндоскопических и микроморфологических изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при диспептических жалобах у мужчин молодого возраста, обследованных в период призывной медицинской комиссии.

Материал и методы: В одномоментное исследование включено 136 мужчин, медиана возраста 22 года, имевших диспептические жалобы и госпитализированных в терапевтические отделения учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г. Минска по направлению медицинских комиссий районных военных комиссариатов в период призывной комиссии 2013 г.

Критерии включения: наличие жалоб, относящихся к категории диспепсии любой выраженности согласно Римскому III Консенсусу (2006) [6, 11]. Всем пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией слизистой оболочки желудка (СОЖ) по стандартной методике. Стандартизация макроскопической оценки слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ проводилась по рекомендациям OMED-5 [9]. Для оценки морфологической картины использовали «Classification and Grading Gastritis. The Updates Sydney System» [10]. Результаты обработаны с помощью описательной статистики в процентах с 95% ДИ и использованием программы STATISTICA 6.

Результаты и обсуждение: По результатам ЭГДС визуальные изменения СО верхних отделов ЖКТ выявлены у 131 (96,3%; 95% ДИ 89,8-100) обследованного. У большинства пациентов (n = 92, 67,6%, 95% ДИ 64,2-71,0) отклонения эндоскопической картины классифицировались как гастропатия, дуоденопатия и их сочетание.

Эрозивно-язвенные изменения (ЭЯИ) верхних отделов ЖКТ с включением случаев рубцовой деформации без активного язвенного процесса выявлены у 39 (28,7%; 95% ДИ 27,3-30,1) пациентов. По данным опубликованных ранее результатов исследований военнослужащих по призыву первого года службы с симптомами желудочной диспепсии частота ЭЯИ эзофагогастродуоденальной зоны с учетом рубцовой деформации составляет 43,4% [7]. Характеристика ЭЯИ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика эрозивно-язвенных изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Эрозивно-язвенные изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта	Число пациентов (n = 136)		
	абс.	%	95% ДИ
Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, в т.ч.:	10	7,4	7,0-7,8
рубцовая деформация желудка без язвенного	1		

дефекта в желудке и двенадцатиперстной кишке			
язва двенадцатиперстной кишки без рубцовой деформации желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки	1		
язва двенадцатиперстной кишки с рубцовой деформацией луковицы без рубцовой деформации желудка	2		
рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки без язвенного дефекта и без рубцовой деформации желудка	6		
Эрозии гастродуоденальной зоны	23	16,9	16,1-17,7
Эрозии пищевода (всего – с наличием/отсутствием эрозивно-язвенных и рубцовых изменений гастродуоденальной зоны)	11	8,1	7,7-8,5

На основании ЭГДС 10 пациентам установлен диагноз язвы желудка и ДПК, что составило 7,4% (95% ДИ 7,0-7,8). Согласно результатов исследований военнослужащих по призыву первого года службы с симптомами желудочной диспепсии, частота язвы гастродуоденальной зоны (ГДЗ) составляет 11,9% [9]. Эрозии ГДЗ без язвенного процесса имелись у 23 пациентов (16,9%, 95% ДИ 16,1-17,7). Таким образом, ЭЯИ в ГДЗ без эзофагеальной локализации имели 33 (24,3%; 95% ДИ 23,1-25,5) пациента.

Признаки эзофагита, которые расценивались в качестве проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, имели место у 11 обследованных (8,1%, 95% ДИ 7,7-8,5). Из их числа у 5 (3,7%, 95% ДИ 3,4-3,8) эрозии в пищеводе сочетались с ЭЯИ (или деформацией) ГДЗ. Все случаи эзофагита расценивались как легкие по Savari-Miller.

Согласно исследованию, проведенному в военном госпитале Хельсинки, из 202 пациентов с синдромом желудочной диспепсии у 48 выявлены активные пептические изъязвления, у 77 - рубцовая деформация ГДЗ; в 52 случаях диагностирована функциональная диспепсия, у 25 симптомы обусловлены другими заболеваниями [10].

В нашем исследовании результаты морфологического исследования проанализированы у 118 из 136 пациентов. Из числа 84 лиц без ЭЯИ и рубцовых изменений ГДЗ, имевших при ЭГДС визуальную нормальную СО верхних отделов ЖКТ (n=5) или различные варианты гастропатии/дуоденопатии (n=79), нормальная гистологическая картина СОЖ отмечена лишь у 4-х пациентов. У 80 выявлены признаки хронического гастрита (ХГ): антрального - у 10, фундального - у 2-х, пангастрита - у 68.

По данным морфологического исследования частота контаминации СОЖ представлена в таблице 2.

Таблица 2

Частота контаминации слизистой оболочки желудка
у обследованных пациентов

Виды гастродуоденальной патологии	n	Число пациентов с наличием <i>H. pylori</i>		
		абс.	%	95% ДИ
Все пациенты	118	70	59,3	56,3-62,3
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки (всего – с наличием/отсутствием рубцовой деформации, эрозий гастродуоденальной зоны)	9	5	-	-
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки (без язвы и/или рубцовой деформации гастродуоденальной зоны)	21	16	76	72-80
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	4	4	-	-
Хронический гастрит	80	44	55	51-57
Гастропатия + дуоденопатия	2	1	-	-
Визуально нормальная слизистая оболочка гастродуоденальной зоны	2	0	-	-

Как видно из представленных данных, инфекция *H. pylori* выявлена в 59,3% (95% ДИ 56,3-62,3) случаев. У военнослужащих по призыву первого года службы, частота инфекции *H. pylori* составляет 53,6% [9].

При наличии гастроэнтерологической симптоматики по данным К.Ю. Мараховского [3], С.И. Пиманова и Е.В. Макаренко [2, 4] инфекция *H. pylori* у взрослых выявляется с частотой от 60 до 94%. У детей и подростков этот показатель достигает по данным К.Ю. Мараховского [3], С.Б. Папко и С.К. Клецкого 52% [5].

Проанализированы наиболее важные морфологические характеристики СОЖ у лиц с ХГ – частота контаминации *H. pylori* различных отделов желудка, атрофии и кишечной метаплазии (таблица 3).

Таблица 3

Частота микроморфологических изменений слизистой оболочки желудка у обследованных пациентов с хроническим гастритом

Результаты морфологического исследования (n=80)	абс.	%
Хронический гастрит	44	55
<i>H. pylori</i> (тело желудка)	5	6
<i>H. pylori</i> (антральный отдел)	11	14
<i>H. pylori</i> (тело желудка + антральный отдел)	28	35
Атрофия (тело желудка)	1	1
Атрофия (антральный отдел)	8	10
Атрофия (тело желудка + антральный отдел)	5	6
Метаплазия кишечная (антральный отдел)	1	1

Обращает на себя внимание высокая частота контаминации тела желудка при ХГ – всего у 31 пациента из 80 обследованных (39%), а также сочетанной гастродуоденальной контаминации – 35%, в то время как изолированная антральная наблюдалась только у 14%.

В случае атрофии в теле желудка, а также в случаях сочетания с атрофией в антральном отделе *H. pylori* определялся в обоих отделах желудка за исключением одного, когда инфекция не выявлялась. При изолированной атрофии антрального отдела из 8 пациентов у 3-х инфекция имелась в антральном отделе, у 3-х - в обоих отделах и у 2-х отсутствовала. Выявлен один случай кишечной метаплазии в антральном отделе, ассоциированный с *H. pylori* такой же локализации.

Заключение: Проведенное исследование на достаточно большой группе мужчин в возрасте 18-26 лет (n = 136) с синдромом желудочной диспепсии в период призыва на срочную военную службу позволило установить структуру патологии верхних отделов ЖКТ, в том числе ЭЯИ, частоту инфекции *H. pylori*. Полученные результаты у мужчин данной возрастной категории имеют большое как медицинское, так и социальное значение.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / М.: «Триада-Х». 1998. 496 с.
2. Макаренко Е.В. Инфекция *Helicobacter pylori* в гастроэнтерологии // Монография. Е.В. Макаренко. - Витебск: Издательство ВГМУ, 2009. – 237 с.
3. Мараховский К.Ю. Сопряженность изменений слизистой желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у детей и взрослых в урбанизированной популяции // Мед. новости. 2004; № 9: 17–23.
4. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Анализ эффективности протоколов эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* // Рецепт. 2005; № 1: 19-23.
5. Попко С.Б., Клецкий С.К., Силивончик Н.Н. Эритематозная гастропатия у подростков = гастрит? // Альманах Гастроэнтерология 2004. – Сб. рец. стат. и тез. к респ. семинару «Достижения гастроэнтерологии – в практику, 25-26 февраля 2004 г. – Мн.: ООО «ДокторДизайн», 2004. С. 119-123.
6. Силивончик Н.Н. Функциональные желудочно-кишечные расстройства: пособие для врачей / Н.Н. Силивончик, С.И. Пиманов, Д.Д. Мирутко. Минск: Доктор Дизайн, 2010. 92 с.
7. Януль А.Н. Эндоскопические и морфологические характеристики слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта при желудочной диспепсии у военнослужащих первого года службы по призыву // Лечебное дело. 2013; № 4 (32): 54-58.

8. Cederberg A., Varis K. Salmi H.A. et al. Young onset peptic ulcer disease and non-ulcer dyspepsia are separate entities // *Scand. J. Gastroenterol.* 1991; 186 (Suppl. 186): 33-44.

9. Digestive endoscopy: Terminology with Definitions and Classifications of Diagnosis and Therapy / ed.: J.D. Waye, Z. Mařatka, J.R. Armengol Miró / Bad Homburg: NORMED Verl. 2011. 221 p.

10. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P. and Participants in the International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. Classification and grading of gastritis // *Am. J. Surg. Path.* 1996; 20: 1161-1181.

11. Rasguin A., Di Lorenzo C., Forbes D. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent // *Gastroenterology.* 2006; 130: 1527-1537.

РАЗДЕЛ 4. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И НАДВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

*Грекова Т.И.¹, Сиваков А.П.¹, Рыбина Т.М.², Протасевич Д.В.³,
Урбанович А.М.³*

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования МЗ РБ,

²ГУ «Республиканский научно-практический центр гигиены

³УЗ «10-я городская клиническая больница»

Согласно современным эпидемиологическим данным заболевания органов дыхания обнаруживаются у 25-30% больных от числа общего количества больных, обращающихся к врачам. По данным ВОЗ в мире хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) страдают около 600 млн. человек, а к 2020 г. их число удвоится. Заболеваемость ХОБЛ в Республике Беларусь (РБ) в 2006 г. составила 1540 чел. на 100 тыс. населения. Как причина смерти ХОБЛ уверенно занимает 4-е место в мире, почти треть умерших – лица трудоспособного возраста [1].

Лечение ХОБЛ требует больших экономических затрат. По результатам проведенных в РБ исследований показано, что самым существенным фактором, влияющим на расходы по лечению больных ХОБЛ, является стационарное лечение по поводу обострения заболевания. Для уменьшения финансовых расходов на лечение больных ХОБЛ целесообразно применять методики, направленные на снижение частоты и продолжительности госпитализаций пациентов, более активное внедрение в практику стационарзамещающих технологий [2]. Важно отметить, что физические факторы как компонент патогенетического воздействия не являются альтернативными по отношению к лекарственной терапии, не заменяют ее, а дополняют и потенцируют возможности антибактериальных средств в рамках стандартизированных лечебных комплексов [3,4].

Одной из причин развития ХОБЛ является влияние производственных факторов (пыль, поллютанты). Цель исследования – выделить группу методов, направленных на коррекцию основных патогенетических звеньев развития хронического бронхита у работников с производственно обусловленной патологией.

Магнитотерапия - метод лечения, в основе которого лежит воздействие на организм с лечебно-профилактической целью постоянного магнитного поля (ПМП), переменного магнитного поля (ПеМП) или импульсного

низкочастотного магнитного поля (ИМП) [5-7]. Электромагнитное излучение с длиной волны свыше 10 км и частотой менее 30 кГц относят к низкочастотным. Эффект применения такого поля обусловлен действием электрического и магнитного полей [7]. При использовании частот до 100 Гц основной составляющей является магнитное поле. Известно, что в этом диапазоне магнитное поле проникает в организм человека без искажений. Влияя на различные уровни функциональных систем организма (тканевый, органный, системный), МП повышает активность ряда ферментов, изменяет скорость кровотока и коллоидно-осмотическое давление в капиллярах, при этом происходит изменение электропроводности в тканях и снижение потребности их в кислороде. МП стимулирует процессы тканевого дыхания, усиливает обмен нуклеиновых кислот и синтез белков. Гемодинамические изменения под действием МП происходят на уровне микроциркуляторного русла. Установлено, что под влиянием МП наибольшие изменения возникают в капиллярах и посткапиллярных венулах, происходит увеличение их количества и диаметра, усиливается скорость кровотока в них, наблюдается увеличение просвета функционирующих сосудов, а также резервных капилляров, анастомозов и шунтов, отмечено снижение общего периферического сопротивления. Улучшение перфузии и трофики тканей в результате действия МП проявляется выраженными противоотечным и противовоспалительным эффектами [8]. Под влиянием МП отмечено улучшение клинического и тромбогенного потенциала крови, что сопровождается уменьшением адгезии и агрегации тромбоцитов, реакции освобождения тромбоцитарных факторов.

Для проведения магнитотерапии у больных спондилоартропатией обусловленными хроническими бронхитами нами использовался индуктор «НефроСПОК» аппарата «ОртоСПОК». Индуктор накладывали на область проекции легких, при положении пациента лежа на животе. Величина магнитной индукции 20 мТл (100%) при данной магнитной индукции проводили 3 процедуры по 10 мин. Следующие 3 процедуры проводили по 15 минут - 25 мТл. Последние 4 процедуры проводили по 20 мин при величине магнитной индукции 26 мТл (130%).

В лечении спондилоартропатии обусловленных хроническими бронхитами (ПОХБ) наряду с магнитотерапией использовали низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ). Применение НИЛИ у больных с ПОХБ является патогенетически обусловленным методом лечения и оказывает бронхоспазмолитическое действие, способно улучшать реологические свойства и микроциркуляцию крови, гемостаза, а также региональный легочный кровоток. Применение лазеротерапии обеспечивает иммуностимулирующий и десенсибилизирующий эффекты, уменьшение отека бронхов и коррекцию реологических свойств бронхиального секрета,

улучшение дренажной функции трахеобронхиального дерева, повышение неспецифической резистентности организма [3,9].

Несмотря на принципиальную общность механизмов и клинических эффектов всех вариантов лазерной терапии, можно отметить, что методики, основанные на облучении циркулирующей крови (внутривенное или надвенное облучение) оказывают преимущественно системное, общеорганизменное (иммуномодулирующее, реокорригирующее, антигипоксическое, дезинтоксикационное) действие, в то время как транскутанное облучение воспалительного фокуса характеризуется относительным преобладанием местных тканевых реакций. В нашем исследовании осуществлялось надвенное лазерное облучение крови (НЛОК) низкоинтенсивным красным светом полупроводникового лазера на аппарате «Люзар МП» путем облучения проекции локтевой вены аппаратом с выходной мощностью 20 мВт. Длительность процедуры 20 минут.

Рефлексотерапия (классическое иглоукалывание) является также патогенетически направленным методом лечения больных с ПОХБ. Применение классического иглоукалывания вызывает активацию иммунных процессов, бронходилататорный эффект, стимуляцию защитно-компенсаторных и приспособительных механизмов, нормализация гемодинамики организма.

Выбор точек акупунктуры для воздействия осуществлялся согласно современным представлениям рефлексотерапии о патогенезе бронхолегочных заболеваний, а также с учетом традиционных восточных концепций и данных, полученных методами электропунктурного тестирования. Использовали преимущественно точки задней и передней поверхности грудной клетки, точки верхних и нижних конечностей. Наиболее часто в лечении использовались точки акупунктуры: P1, P10, P5, P7, P9; V11-13, V17, V43, V40, V60, V62; E14, E15, E36, E40; R25-27; RP3; TR5; MC6; F2, F3, F8; точки переднесрединного (VG4,11,14,20) и заднесрединного (VC20-VC23, VC17, VC14) меридианов. При этом осуществлялась более сильная стимуляция отмеченных точек на меридиане легкого (I или II вариант тормозного способа), тогда как на точки спины оказывали менее интенсивное воздействие (II вариант тонизирующего метода)[10].

Предлагаемое комбинированное воздействие физиотерапевтических методов, рефлексотерапии наиболее эффективно в период смены экссудативного типа воспалительной тканевой реакции на пролиферативную [6-8].

Таким образом, учитывая клиническую эффективность, доступность и безопасность предлагаемых способов профилактики, а также планируемый экономический эффект за счет сокращения сроков временной нетрудоспособности и выхода на инвалидность, считаем, что внедрение данного метода в практику здравоохранения является научно обоснованным

и экономически целесообразным. Результаты клинической апробации позволили рекомендовать его курсовое использование у работников, подвергающихся действию промышленных аэрозолей.

Литература

1.1. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких/ Под редакцией А.С.Белевского – М: «Атмосфера», 2009.- 100с.

2. Метельский С.М. Экономические показатели диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких/ С.М. Метельский//Медицинские новости.- 2007.-№14.- 79с.

3. Absten G.T., Physics of light and lasers/Absten G.T. // Obstet Gynecol. Clin. North. Am. - 1991.- V. 18. - P. 407-427.

4. Basor, N. Stimulation of chemical reactions with laser radiation./Basor N., Oraevsky A. et al. // 296Chemical and biological application of lasers. N.-Y.- 1987. - P. 203-233.

5. Борисов, Н.А. Биологическое и лечебное действие магнитных полей/Н.А. Борисов, С.А.Лихачев// М-льмеждународ. науч.-практ. конф., г. Витебск, 1999 г. — Витебск, 1999. — С. 82—83.

6. Демецкий, А.М. Биологическое и лечебное действие магнитных полей/А.М.Демецкий, Г.Я.Хулуп, А.В. Цецохо// М-льмеждународ. науч.-практ. конф., Витебск, 1999 г. — Витебск, 1999. — С. 21—25.

7. Выренков, Ю.Е. Магнитология/ Ю.Е. Выренков//Тез.докл. Всесоюз. науч.-практ. конф., Витебск, 1—3 окт. 1980 г. — Витебск, 1980. — С. 25—27.

8. Клячкин, Л.М. Физические методы лечения в пульмонологии/Л.М. Клячкин, А.Г.Малявин, Г.Н. Пономаренко и др. - С-Петербург, 1997. -С.315 .

9. Низкоинтенсивные лазеры в клинической практике/под редакцией И.Г.Ляндреса. – Минск,1998.-С.110-131.

10. ГавааЛувсан. Лечение хронического бронхита// Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – М., 2000. – 237с.

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ АДАПТИВНОЙ КИНЕЗИТЕРАПИИ

Лукашевич В.А., Сиваков А.П., Манкевич С.М.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
кафедра рефлексотерапии, Минск, Беларусь*

В настоящее время использование нейрореабилитационных технологий восстановительной терапии двигательных нарушений при таких заболеваниях как: инсульт, детский церебральный паралич, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, травмы опорно-двигательного аппарата и т.д.,

обуславливает эффективность их курации и имеет социально-значимый эффект не только в Республике Беларусь, но и за ее пределами [1 - 6].

На кафедре рефлексотерапии БелМАПО начата разработка нового научного направления обозначенного как адаптивная кинезитерапия, направленного на повышение социальной адаптации лиц с ограниченными двигательными возможностями посредством реализации инновационной методики нейросенсорного перепрограммирования в системе управления пространственной ориентацией.

Целью данной работы является описание основополагающих научных принципов заложенных в теоретическое обоснование нового направления восстановительной медицины – адаптивной кинезитерапии.

Под адаптивной кинезитерапией (АК) понимается метод ВТДН основанный на формировании аугментированных «жестких матриц» двигательных стереотипов, предназначенных для эффективного пространственного ориентирования (использования внешнего пространства). Инновационная часть АК заключается в том, что в процессе выполнения тренировочных движений, поступающая в мозг и согласованная во времени информация от сложного рецепторного аппарата, интегрируется с информацией от среды виртуальной реальности, что приводит к иллюзорному представлению (иллюзии) выполнения реального движения происходящего в среде виртуальной реальности. При этом, методически организованный тренировочный процесс формирует ряд базовых двигательных стереотипов в виде «жестких матриц», произвольная комбинация которых позволяет изменять структуру двигательного навыка: в форме его коррекции, либо программирования нового умения.

Под аугментацией следует понимать совокупность факторов способствующих усилению представлений о выполняемом действии. Аугментатором является искусственно трансформируемый средовой фактор, адаптирующий выполнение моторной задачи под индивидуальное пространство движения. По своей сути средовая аугментация предназначена для стабилизации системы восприятия, за счет снижения скачков качественных параметров колебаний внешней среды.

Пространственное ориентирование является фенотипически детерминированной способностью осуществлять адекватную реализацию сложных локомоций в условиях внешнесредовой изменчивости.

Применение АК основано на использовании разработанного кинезитренажера, являющегося принципиально новым аппаратно-программным тренирующим медицинским симулятором, предназначенным для обучения базовым движениям человека. Тренажер объединяет в себе динамически адаптируемую механическую конструкцию двухслойного экзоскелета «Bi-Skin», соединенную с гравитационной рамой и систему методического дозирования тренирующей нагрузки «Smart Dosing» со

специфической виртуальной средой симуляции базовых движений «Virtual Rehab».

Технология «Bi-Skin» заключается в интегрировании двух механических слоев экзоскелета в единую подвижную конструкцию, одеваемую на человека. При этом внешний слой экзоскелета представлен жесткой рамой, выполняющей роль несущей конструкции для электромеханических узлов. Внутренняя часть экзоскелета является подвижной по отношению к внешней, и комплектуется из стандартных ортопедических модулей, обеспечивающих плотную фиксацию частей тела в оптимальном положении. Двухслойная конструкция позволяет осуществлять динамическую адаптацию анатомо-физиологических особенностей человека к работе электромеханических узлов экзоскелета.

Технология «Smart Dosing» позволяет выполнять инновационный методический подбор тренирующей программы для каждого человека и объединяет 4-х ступенчатое дозирование физическими факторами с 5-ти ступенчатым нейробиомеханическим дозированием. Выполнение данной технологии основано на текущей автоматической оценке индивидуальных упруго-эластичных свойств опорно-двигательного аппарата, определяющей тактику текущих тренировок и стратегию тренировочного плана.

Технология «Virtual Rehab» считается продвинутой средой виртуальной реальности, предназначенной для формирования целенаправленных иллюзий корректных движений.

В АК выделяют шесть научных основ раскрывающих суть данного направления:

1. АК занимается восстановлением сложных локомоций человека за счет согласованного во времени запуска ограниченного количества двигательных стереотипов.

2. Локомоция является сложным мотивированным двигательным актом (действием), посредством которого происходит активная адаптация к внешнесредовой изменчивости, обусловленной высоким уровнем репеллерности разнородных факторов.

3. Эффективность адаптационных двигательных реакций определяется качеством сенсорного синтеза, на базе которого выполняется пространственное моделирование предстоящего движения, реконструкция выполняемого движения в виде внутреннего двигательного образа и контроль выполняемого действия с оценкой полученного результата. Двигательная адаптация одним из основополагающих элементов в процессе активного взаимодействия с окружающим миром, как на уровне пространства движения, так и на уровне топологического поля. При этом базовым звеном системы сенсорного синтеза является «внутренняя схема тела» объединяющая афферентный и эфферентный синтез с внешним

пространством и обуславливающая реализацию пространственного ориентирования.

4. Системоорганизующим элементом или элементом, определяющим структуру сенсорного синтеза, является «внутренняя схема тела». Внутренняя модель тела является сложноинтегрированным нейрофизиологическим субстратом – матрицей, выполняющей важнейшую роль в обеспечении коммуникативного пути взаимодействия человека с окружающим его пространством, как на предметном, так и на смысловом уровнях. Данная матрица интегративно регулирует ряд следующих нейрофизиологических функций:

а. Формирование «образа потребного будущего», являющегося конечной точкой коммуникативного пути;

б. Стратегическое планирование действия в виде «ориентировочной основы действия»;

с. Tактическую реализацию «моторных коррекций» - за счет запуска программ, направленных на опережающее отражение действительности, и, реализующихся в виде реактивного и проактивного контроля, формирующих соответственно упреждающие и стабилизирующие моторные реакции;

д. Преднастройку сенсорного аппарата в виде «эфферентного сканирования» (например периферии опорного контура и допустимых границ пространственного поля, обеспечивающих эффективность изменения крайне дистинктивных поз);

е. Контроль (динамический и тонический) выполняемого действия и оценки (внутренняя и внешняя) полученного результата.

5. «Внутренняя схема тела» нестабильна, ее стабилизация достигается за счет использования трансформирующих факторов (аугментаторы, сенсорные интенсификаторы). Дискретность трансформаций внутренней модели тела человека прямо пропорциональна уровню внешнесредовой репеллерности и обратно пропорциональна скачкам качественных параметров отдельных факторов. Другими словами: чем чаще происходят изменения со стороны внешней среды (определяемые сенсорной системой человека), тем чаще необходимо менять структуру «внутренней модели», при этом, чем больше качественные различия подобных изменений одного фактора внешней среды, тем меньше необходимость в трансформации «внутренней модели». Для стабилизации системы восприятия, а именно для снижения скачков качественных параметров внешней среды необходим эффект аугментации позволяющий вывести моторные реакции на максимально эффективный уровень. Таким образом, главная роль аугментации заключается в формировании максимально эффективного коридора сенсорной афферентации ограниченного минимальным количеством требуемой сенсорной

информации с одной стороны, и необходимым разнообразием двигательных реакций с другой.

6. Стабильная «внутренняя схема тела» необходима для эффективного кольцевого превращения двигательного умения в двигательный навык. Посредством «жестких» и «гибких» звеньев, определяющих «пластичность» верхнеуровневых структур регуляции сложных локомоций и, позволяющих осуществлять тренировочный процесс (процесс упражняемости) с обеспечением выполнения следующих задач: реинтеграция полимодальной афферентации, качественная реструктуризация афферентного синтеза, реконструкция схемы тела, реактивация перцепции пространства движения, аттитюд интенсификация,

Таким образом, новое направление «адаптивная кинезитерапия» является теоретически обоснованным методом занимающимся восстановлением сложных локомоций человека, обеспечивающих его активную адаптацию к динамически меняющимся внешнесредовым факторам, качество которой определяется системой сенсорного синтеза, а именно «внутренней схемой тела», стабилизирующейся за счет средовых аугментаторов, позволяющих эффективно регулировать кольцевое превращение двигательного умения в двигательный навык.

Литература

1. Лихачев, С.А. Видеоанализ ходьбы в диагностике некоторых неврологических заболеваний / С.А. Лихачев, В.А. Лукашевич. – Saarbrücken Germany : Изд-во LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH &Co. KG, 2012. – 222 с.

2. Лукашевич, В.А. Биомоделирование в нейрореабилитации / В.А. Лукашевич, А.В. Хроменков, Д.А. Давыдов // Россия – Беларусь – Сколково: единое инновационное пространство: материалы международной конференции Минск, 19 сент. 2012 г. / НКО Фонд развития Центра разработки и коммерциализации новых технологий (Фонд «Сколково») Национальная академия наук Беларуси; под общ. Редакцией С.Я. Килин. – Минск: «Беларуская навука», 2012. – С. 86-87.

3. Лукашевич, В.А. Некоторые теоретические аспекты выделения системы позно-динамического контроля для оценки сложных взаимодействий в замкнутой биологической системе «человек - внешняя среда» / В.А. Лукашевич, А.В. Хроменков, Д.А. Давыдов // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа – 2012. – № 2. – С. 124–126.

4. Effect of a robotic restraint gait training versus robotic conventional gait training on gait parameters in stroke patients / С. Bonnyaud [et al.] // Exp. Brain Res. – 2014. – Vol. 232, № 1. – P. 31–42.

5. Exercise intensity of robot-assisted walking versus overground walking in nonambulatory stroke patients / Van Nunen MP [et al.] // J Rehabil Res Dev. – 2012. – Vol. 49, № 10. – P. 1537–1546.

6. Recovery of walking speed and symmetrical movement of the pelvis and lower extremity joints after unilateral THA / Miki Hidenobu [et al.] // J. Biomech. – 2004. – Vol. 37, № 4. – P. 443–455.

СОЧЕТАННАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ДОРСАЛГИЙ - ЗОНАЛЬНАЯ НИЗКОЧАСТОТНАЯ МАГНИТОАКУПНКТУРА

*Манкевич С.М., Грекова Т.И., Лукашевич В.А., Слесаревич Н.С.,
Руденко Ю.А.*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
УЗ «10 городская клиническая больница»
г. Минск, Беларусь*

Актуальной задачей восстановительной медицины и медицинской реабилитации является разработка эффективных методов лечения болевого синдрома (дорсалгии) при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника. Упорные хронические дорсалгии наблюдаются при дискогенных радикулитах пояснично-крестцовой локализации. Дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков, их выпячивание (протрузия) формируют компрессионно - ишемические, рефлекторно-тонические, двигательные, вегетативно-чувствительные нарушения, сопровождающие стойкий болевой синдром. При хронической дорсалгии отмечаются также изменения функционального состояния коры головного мозга, где могут возникать застойные очаги возбуждения, способствующие усилению болевых проявлений под влиянием различных раздражителей, в том числе и условно-рефлекторных [1,с.94].

Целью настоящего исследования является изучение динамики болевого синдрома и функционального состояния головного мозга у больных с хронической дорсалгией в результате применения разработанной нами методики зональной низкочастотной магнитоакупнктур (НМАП).

Методы исследования включали лечение 14 больных с диагнозом: дискогенный пояснично-крестцовый радикулит с длительным, умеренно выраженным болевым синдромом (хроническая дорсалгия). Локализация боли включала пояснично-крестцовую область, иррадиировала в ногу в зоне иннервации корешка S1 по задней поверхности бедра и голени [3,с.220].

Использовался современный магнитотерапевтический аппарат "УниСПОК" для низкочастотной магнитотерапии. Аппарат безопасный, портативный, прост в эксплуатации. Низкочастотное импульсное магнитное

поле, генерируемое аппаратом «УниСПОК», имеет сложную форму импульса, подобную спектру электрической активности нервной ткани, улучшает проницаемость клеточных мембран, оказывает сосудорасширяющее и седативное действие, способствует активации обменных процессов, стимуляции нервно-мышечной проводимости. Аппарат представляет магнитотерапевтический комплекс, конструктивно состоит из электронного блока и 9 специализированных индукторов [4, с.350].

В методике НМАП использовался индуктор «ИАМВ 6» для зональной магнитотерапии, который выполнен в виде широкого манжета с фиксатором. Вначале процедуры в соответствии с акупунктурным рецептом производилась постановка игл в соответствующие точки акупунктуры, затем на данную область накладывалась одноразовая салфетка или простыня, сверху над иглами устанавливался индуктор и фиксировался манжетой, чередуя пояснично-крестцовую зону и заднюю поверхность ноги. При величине магнитной индукции 12.6 мТл (100%) проводились 1-2 процедуры, на 2-3 процедуре величина магнитной индукции составляла 14 мТл (110%), затем на 4-5 процедуре – 12.6 мТл (100%). Последние 4 процедуры проводились при величине магнитной индукции 14 мТл (110%). Длительность воздействия низкочастотного магнитного поля составляла 20 минут. Классическое иглоукалывание проводилось по 2 варианту тормозного метода [2, с.195].

Для оценки функционального состояния головного мозга пациентам было проведено электроэнцефалографическое обследование (ЭЭГ) с рутинным анализом и спектральным картированием ЭЭГ на аппарате «Нейрон-Спектр-5» до и после лечения. При анализе в динамике сравнивались частотно-амплитудные характеристики ЭЭГ. Известно, что метод электроэнцефалографии позволяет регистрировать очень малые по величине биотоки мозга путем их усиления и последующей записи на специальной электронной аппаратуре. Электроэнцефалограмма здорового человека в состоянии покоя характеризуется наличием альфа- и бета-волн. Альфа-волны представляют собой ритмичные колебания частотой 8—10 в секунду амплитудой 30—70 мкВ. Они особенно четко выражены в затылочной и теменной областях головного мозга. Бета-волны — это колебания частотой 13—30 в секунду и амплитудой 10—30 мкВ, которые в основном регистрируются в передних отделах мозга (лобная и височная области). При нарушении деятельности головного мозга изменяется правильное соотношение основного ритма (альфа- и бета-волн), могут появляться дельта- и тета-волны, острые волны, пики и т. д.

Результаты и их обсуждение. У пациентов в начале терапии на ЭЭГ индекс альфа-ритма со средней частотой 9,5 Гц составлял 22%-28%. Доминировал дельта-ритм с частотой 1,9 Гц.

Индексы низкочастотного и высокочастотного бета-ритма составили соответственно по 14%.

	Индекс альфа-ритма	Индекс низкочастотн. Бета-ритма	Индекс высокочастотн. Бета-ритма	Индекс дельта-ритма	Индекс тета-ритма
ЭЭГ в начале лечения	Лев.полушар. -22%-28% Прав.полушар. - 20%-30%	14%	14%	26%	18-19%
ЭЭГ в конце курса	Лев.полушар. -27%-32% Прав.полушар. - 27%-36%	8%	9%	21%	17-19%

После проведенного лечения у обследованных наблюдалась картина увеличения средней частоты альфа-ритма и увеличение его индексов над обоими полушариями до 27-36%. Снижение представленности медленноволновой активности в виде уменьшения индекса дельта-ритма до 21%. Снижение индексов низкочастотного бета-ритма до 8% и высокочастотного бета-ритма до 9%. Отмечалась медленноволновая активность дельта- и тета-диапазонов, что может свидетельствовать об активации гипоталамо-гипофизарных структур головного мозга.

Согласно литературным данным частота и степень выраженности изменений на ЭЭГ четко коррелируют с выраженностью болевого синдрома. Так, при умеренно выраженных болях в пояснице выявляется небольшая дезорганизация альфа-ритма с тенденцией к снижению его амплитуды. В ряду альфа-колебаний регистрируются группы бета-активности, тета-волн и отдельные асинхронные потенциалы. По мере нарастания боли дезорганизация коркового ритма усиливается. Альфа-ритм становится дезорганизованным, непостоянным, снижается его амплитуда, в некоторых случаях он полностью отсутствует. Бета-ритм распространялся на все области мозга и доминирует. Наибольшие изменения биоэлектрической активности мозга наблюдаются при резко выраженных болевых ощущениях. На ЭЭГ доминирует регулярный бета-ритм, иногда он проходит в виде билатерально-синхронных пароксизмальных вспышек на фоне генерализованного бета-ритма. Приведенные данные свидетельствуют о значительных нейродинамических сдвигах в мозге, которые носят диффузный характер и зависят от выраженности болевого синдрома и его длительности [1, с.81].

Выводы. Таким образом, по данным ЭЭГ в коре головного мозга при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной

системы (дорсалгии хронического типа) формируются застойные очаги возбуждения, влияющие на выраженность и длительность болевого синдрома. Разработанная нами методика сочетанной зональной низкочастотной магнитоакупунктуры потенцирует нормализацию биоэлектрической активности головного мозга и снижает выраженность болевого синдрома хронического типа. Эти данные могут быть использованы для объективизации динамики боли и оценке эффективности проводимого лечения.

Литература

1. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Поясничные боли.-2-е изд., перераб. и доп.-Мн:Беларусь,1989.-143с.
2. Клаус К. Шнорренбергер. Терапия акупунктурой. Том 1.-М., 2003.-384с.
3. Самосюк И.З., Лысенко В.П. Акупунктура.-М., 2004.-380с.
4. Самосюк И.З., Чухраев Н.В., Зубкова С.Т. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов.-Киев, 2004.-624с.

УДАРНО-ВОЛНОВАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА

**Манкевич С.М., Грекова Т.И., Сиваков А.П., Протасевич Д.В.,
Подсадчик Л.В., Урбанович А.М.**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
УЗ «10 городская клиническая больница»
г. Минск, Беларусь*

Введение. Ударно-волновая терапия (УВТ) является новым направлением в современной физиопунктурной рефлексотерапии. Ударные волны (УВ) по своей природе являются акустическими в спектре инфразвука, имеют частоту ниже воспринимаемой человеческим ухом (ниже 16 — 25 Гц). УВ кардинально отличаются от звуковых волн других источников более высокими амплитудами энергии и малой длительностью импульса. Действие УВ в современных аппаратах УВТ основано на эффекте кавитации, развивающейся на границе раздела сред. Акустическое сопротивление жидкостных сред и мягких тканей почти равно и значительно меньше акустического сопротивления костной ткани. Вследствие этого УВ, не задерживаясь, распространяются в мягких тканях, не повреждая их, оказывают непосредственное воздействие на костную и хрящевую ткани, кальцификаты, оссификаты и другие акустически плотные образования. УВ,

проникая в ткани организма, восстанавливают естественный обмен веществ, запускают процессы регенерации и обновления клеток, улучшают метаболические процессы в тканях[1,с.133]. Терапевтические ударные волны генерируются различными источниками. По типу источника аппараты УВТ подразделяются на электромагнитные, электрогидравлические, пьезоэлектрические и пневматические. Пневматические аппараты УВТ являются наиболее экономичными и безопасными [2,с.4].

Цель – разработать методику ударно-волновой рефлексотерапии (УВРТ) в лечении плечелопаточного периартрита с выраженными нейродистрофическими и болевыми нарушениями.

Материалы и методы. 15 пациентам с диагнозом плечелопаточный периартрит проводилось лечение УВРТ. Заболевание проявлялось двумя ведущими синдромами – болевым и контрактурой мышечно-связочного аппарата в области плечевого сустава с резким ограничением объема движения руки. Воздействие УВРТ проводилось на точки акупунктуры (ТА) и триггерные точки в зоне фибропластических уплотнений мышц плечелопаточной области.

Разработанная методика проводилась на аппарате «MedispecLtd» (Израиль), основанном на пневматическом принципе УВТ. Курс аппаратного лечения составлял 5-10 процедур длительностью от 15 до 20 минут 1-3 раза в неделю в зависимости от клинической картины и стадии заболевания. Параметры воздействия: диаметр головки-6мм, частота в импульсе – 10Гц, общее количество ударов на процедуру – 2000. Для воздействия выбирались точки акупунктуры(ТА) на каналах толстой и тонкой кишки, тройного обогревателя, канала мочевого пузыря, триггерные точки. В начале процедуры воздействовали на ТА и триггерные точки: количество ударов - 100 на каждую точку с частотой 10Гц, последние 400-600 ударов осуществлялись в динамичном режиме с частотой 16Гц вдоль волокон наиболее спазмированных мышц. Сразу после процедуры запрещались любые форсированные физические нагрузки, поскольку немедленное обезболивающее действие терапии может спровоцировать новое повреждение (Рис.1).



Рис.1. Методика УВРТ

Результаты исследования.

Терапевтические эффекты воздействия ударных волн подразделяются на первичные (сосудорегулирующий, анальгезирующий) и отсроченные (распад кальцинированных фибробластов, костных наростов, фиброзных очагов и постепенное рассасывание их фрагментов; прорастание в область процедуры микрососудов и, как следствие, улучшение питания тканей, стойкое уменьшение болевого синдрома; увеличение подвижности в поврежденном сегменте тела; повышение устойчивости связок и сухожилий к физическим нагрузкам, травмам).

После процедуры УВРТ пациент ощущает выраженное тепло в зоне воздействия, уменьшение (исчезновение) боли. После 2-3 процедур увеличивается объем ограниченных движений в плечевом суставе. После 5 процедур терапевтические эффекты стабилизируются. У 15 пролеченных пациентов значительное улучшение составило 86%, улучшение – 14%, отрицательных проявлений лечения не выявлено. Отсроченные терапевтические эффекты наблюдались в 50% случаев.

Противопоказаниями для УВРТ являются:

- беременность;
- онкологические заболевания;
- острые инфекционные заболевания;
- наличие у пациента «пейсмейкера» (кардиостимулятора);
- состояния связанные с нарушением свертывающей системы крови и повышенной ломкостью сосудистой стенки;
- зоны роста (метафизы) костей; ударные волны могут вызвать необратимое повреждение зоны роста и повлиять на дальнейшее развитие скелета, поэтому УВтерапию нежелательно назначать пациентам до 18 лет
- области тесно граничащие с ребрами (легочная ткань), область черепа (за исключением височно-нижнечелюстного сустава), кишечником, магистральными (крупными) сосудами [3, с.21].

Выводы. Разработанная методика ударно-волновой рефлексотерапии в лечении плечелопаточного периартрита является высокоэффективным современным направлением физиопунктурной рефлексотерапии, обеспечивающая первичные и отсроченные терапевтические результаты.

Литература

1. Миронов С.П., Бурмакова Г.М. Применение ЭУВТ при лечении хронических дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата // Вестн. травматол. и ортоп .-1999.- С.133-134.
2. Инструкция по применению аппарата ударно-волновой терапии.- Израиль.-2012.-8с.
3. Научно-практическая конференция «Ударно-волновая терапия в травматологии, реабилитации, спортивной медицине. Новые технологии

ударно-волновой терапии в лечении хронических болей с аппаратом Дорнье Ариес», 2011.-46с.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

¹ Маркова А.Г., ² Полевечко Г.Н.

¹ Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

² Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

По данным всемирной организации по аллергии распространенность аллергических заболеваний в мире приобретает катастрофические масштабы как в экономически сильных, так и в развивающихся странах (30–40% населения). Согласно статистике ВОЗ от аллергического ринита в мире страдает до 25% населения, от астмы – порядка 300 миллионов. Каждый год из-за последней умирают приблизительно 250 тысяч человек. В Беларуси бронхиальной астмой болеют (по данным обращаемости) свыше 60 тысяч пациентов, но реальная цифра может быть в 3–5 раз больше [1,2]. Если рассматривать возрастную структуру аллергических заболеваний, то чаще болеют дети или молодые люди. Женщины подвержены данной патологии чаще, чем мужчины. В развитых странах статистика заболеваемости намного выше, чем в странах третьего мира. И, наконец, горожане болеют чаще, чем жители сельской местности. Все эти статистические выкладки приводят к печальному выводу, что причиной возникновения аллергических заболеваний является прогресс со всеми вытекающими последствиями: ухудшение экологической обстановки, изменение структуры питания, хронический стресс, употребление большого количества лекарственных препаратов и т.п.

Для диагноза аллергических заболеваний большое значение имеет проведение пробы с соответствующим повышенным аллергеном. В настоящее время в клинической практике применяются следующие виды кожных алергопроб: капельная проба, аппликационная проба, скарификационная кожная проба, тест-укол (ПРИК-тест). Исследование проводят после тщательного опроса пациента и выявления подозреваемых аллергенов. Алергопробы обычно выполняются вне фазы обострения и не ранее чем через 2-3 недели после острого периода (т.е. в спокойном периоде) и без приема антигистаминных и седативных (успокаивающих) препаратов в течение 5-7 дней. Тестирование проводятся пациентам от 6-7 до 60 лет.

Кожные пробы основаны на выявлении специфической сенсибилизации (повышенной чувствительности) организма к аллергену путем введения его через кожу. При этом оценивают величину и характер развивающейся воспалительной кожной реакции. В зависимости от методики проведения кожные пробы могут быть прямыми и непрямыми. При прямых пробах аллерген непосредственно контактирует с кожей больного в результате ее повреждения (укол, царапина, внутрикожное введение), либо наносится на неповрежденную кожу в виде капли или аппликации. При положительной реакции на месте внедрения аллергена развивается покраснение или волдырь. Немедленная реакция развивается через 20 минут, замедленная – через 24-48 часов. Степень диагностической чувствительности кожных проб увеличивается в следующем порядке: капельная, аппликационная, укол, скарификационная (через царапину), внутрикожная.

Качественные кожные пробы определяют наличие или отсутствие сенсибилизации (повышенной чувствительности) организма к тому или иному аллергену.

Количественные пробы свидетельствуют о степени сенсибилизации организма. Они определяют то минимальное количество специфического аллергена, которое вызывает видимую аллергическую реакцию. Это важно для начала лечения методом специфической гипосенсибилизации (СИТ), т.е. снижением уровня чувствительности к аллергену путем введения в организм малых последовательно повышающихся доз аллергена.

Кожные аллергопробы являются быстрым, безопасным и самым достоверным методом аллергообследования. Имеются противопоказания к проведению кожных аллергопроб: острые инфекции или обострения хронических заболеваний; обострение основного, аллергического заболевания; длительно лечение кортикостероидными препаратами; прием на момент обследования противоаллергических препаратов; беременность, во время кормления ребенка и первых 2-3 дней менструального цикла

Таким образом, основным преимуществом кожной пробы является наглядность получаемых результатов для пациента, относительно невысокая стоимость определения и возможность определения факторов хронической сенсибилизации организма в состоянии ремиссии аллергического заболевания, так как IgE-антитела, иммобилизованные на поверхности сенсибилизированных тучных клеток способны функционировать более 10 недель.

В связи с вышесказанным, предпочтительным является использование для аллергодиагностики методов *in vitro* – анализов крови на аллергию. Эти методы абсолютно безопасны для пациента, т.к. не требуют внесения в организм больного дополнительных количеств аллергенов. Кроме того, при определении аллерген-специфических антител *in vitro* возможно определение не только индивидуальных аллергенов, но и определение «панелей» - групп

из нескольких родственных аллергенов, иммобилизованных на твердофазном носителе. Подобный подход очень удобен при обследовании больных с многофакторными аллергическими заболеваниями: он в значительной мере позволяет снизить количество шагов на пути от первоначального направления на анализ до получения точной картины заболевания. С одной стороны, это экономически выгодно, поскольку означает снижение общей стоимости исследования и его продолжительности. С другой стороны, «панельное» исследование дает возможность прогнозировать риск развития аллергических реакций при контакте с новыми аллергенами, гомологичными к уже имеющимся в списке пациента.

В клинической централизованной иммуно-токсикологической лаборатории учреждения здравоохранения «10-я ГКБ» г. Минска проводятся исследования на аллергию по индивидуальным аллергенам и по комплексным аллергопанелям. Так на автоматическом анализаторе аллергодиагностики «UniCAP» проводится иммуноферментный анализ: конечный результат выдает компьютер. Этот высоконадежный метод позволяет выявить специфические IgE к достаточно большому перечню аллергенов.

Методом иммуноблоттинга (Western-blotting), основанного на разделении белковых смесей на основе молекулярной массы, возможно проведение подробного анализа аллерген специфических IgE к различным компонентам сложных аллергенов. На индикаторных полосках отдельно нанесено от 18 до 38 наиболее часто встречающихся аллергенов (выпускаются ингаляционная, пищевая, педиатрическая и смешанная панели). Общее время анализа составляет 2 часа. Оценка и учет результатов производится путем автоматического сканирования. С помощью оригинальной программы проводится обработка данных для каждой полоски на основе ее внутренних контролей, что позволяет избежать постановку отдельных контрольных исследований для построения калибровочной шкалы. Результат анализа выдается в виде бланка, содержащего значения абсолютных концентраций АС-IgE для тестируемых аллергенов в графической форме, их принадлежность к одному и 6 условных классов уровней АС-IgE. Эта же программа сохраняет все полученные результаты в базе данные, что существенно облегчает документирование анализов обследования. Количество проведенных исследований специфических IgE за последние 5 лет представлены в таблице 1.

Таблица 1. Количество проведенных исследований специфических IgE в динамике за 2010-2014 гг., абс. числа

Годы и Показатель	2010	2011	2012	2013	2014
Спец. IgE	44060	41660	67800	100480	69800

Кол-во обследованных	2092	1960	3171	4592	3228
----------------------	------	------	------	------	------

Следует отметить, что по спектру определяемых антигенов преобладали ингаляционные аллергены.

Одним из наиболее востребованным методом алергодиагностики является реакция высвобождения медиаторов аллергического воспаления из тучных клеток и базофилов. Тест заключается в оценке степени дегрануляции клеток крови пациента в процессе их инкубации с предполагаемым антигеном.

Диагностика лекарственной аллергии представлена в лаборатории следующими методами: реакция деструкции тучных клеток (РДТК), реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) - полоскательный тест и определение специфических IgE. Спектр исследуемых лекарственных препаратов очень широк. За последние 5 лет отмечается тенденция роста количества исследований на лекарственную аллергию (таблица 1).

Таблица 1. Показатели РДТК в динамике за 2010-2014 гг., абс. числа

Годы / Показатели	2010	2011	2012	2013	2014
РДТК	22096	22126	23105	24984	27061
Пациенты	4469	4491	4769	5143	5376

Наиболее востребованы эти тесты стоматологами для выявления аллергии на анестетики и металлы для протезирования зубов. Поскольку механизмы развития лекарственной непереносимости часто является IgE-независимыми, определение IgE к препарату не позволяет достоверно оценить переносимость лекарств. Антитела к IgE, IgG могут связываться с лейкоцитами и другими клетками имеющими рецепторы к их FC-фрагменту.

Следует отметить, что существуют реакции на лекарственные препараты, когда антитела не выявляются, а реакция происходит на клеточном уровне. В таком случае для достоверной диагностики лекарственной аллергии разработаны протоколы минимального и максимального комплекса лабораторных методов, направленных на выявление свободных антител в сыворотке крови и секретах: обнаружение антител, связанных с лейкоцитами (базофилами, нейтрофилами, тромбоцитами и др.; выявление Т- и В-лимфоцитов, сенсibilизированных к аллергену).

Следует иметь в виду, что симптомы, которые мы принимаем за аллергические, иногда вовсе не связаны с аллергией. Например, проблемы с желудочно-кишечным трактом влияют на состояние кожи самым непосредственным образом. Ферментопатии, вроде лактозной недостаточности, иногда сопровождаются кожными высыпаниями. Существует индивидуальные тест на пищевую непереносимость продуктов

питания – СУТОТЕСТ®. Он рекомендован людям, жалующимся на дефицит или избыток массы тела, усталость, апатию, кожные высыпания, зуд, нарушение стула и т.д. Методика СУТОТЕСТ® не является тестом на аллергию и не исключает проведение аллергопроб и тестов.

Таким образом адекватное сочетание лабораторных и клинических методов, четкое понимание патогенетических механизмов развития аллергических реакций позволит поставить диагноз, выявить основные факторы развития заболевания для назначения адекватной терапии в кратчайшие сроки, избежав лишних диагностических шагов, увеличивающих экономические и временные затраты на постановку диагноза и назначение наиболее оптимального лечения.

Следует отметить, что лимфоцитам и макрофагам отводится ключевая роль в развитии иммунной фазы аллергии, так как они распознают аллергены как чужеродные антигены, запускают формирование аллергического варианта иммунного ответа, а также регулируют уровень и качество воспаления в патохимическую и патофизиологическую фазы аллергии.

Литература

1. Ярцева Д.А., Недельская С.Н. Аллергические заболевания как проблема мирового здравоохранения. Аллергология . Инфектология . 2012.– №3. –с. 33-41.

2. Аллергология и иммунология. Национальное руководство [Текст] / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. – 656 с.

ФАРМАКОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И., Урбанович А.М.

*ГУО “Белорусская медицинская академия последипломного образования”,
г. Минск*

Высокая распространенность проявлений остеохондроза позвоночника среди населения, широкий возрастной диапазон пациентов, разнообразие этиологических факторов, дальнейшее прогрессирование заболевания с возникновением комплекса неврологических осложнений, патологическим влиянием на состояние внутренних органов – все это создает необходимость поиска эффективных методов профилактики и терапии заболевания. Современная тактика лечения складывается из медикаментозной терапии, хирургического лечения, методов реабилитации.

Комплекс восстановительной терапии включает физиотерапевтическое лечение, ЛФК, рефлексотерапию (РТ). Положительное влияние РТ на течение заболевания у пациентов с остеохондрозом позвоночника создается противовоспалительным, анальгетическим, репаративным и иммуностимулирующим действием РТ. Для получения оптимального терапевтического результата используются классическое иглоукальвание, аурикулотерапия, физиопунктура, воздействие на акупунктурные микросистемы[1]. В последнее время широко используется метод фармакопунктуры (ФП) - введение в точки акупунктуры лекарственных препаратов необходимого терапевтического направления. Комбинация метода рефлексотерапии и фармакологического действия препарата обладает рядом преимуществ по сравнению с классическим вариантом использования ЛС и проведением РТ по классическим канонам[2]. ФП позволяет пролонгировать действие РТ и локализовать ЛС в зоне патологического очага. Для воздействия используются препараты аллопатического и гомеопатического ряда. Алгоритм лечения методом ФП позволяет проводить процедуры 2-3 раза в неделю, курс лечения продолжительностью от 5 до 10 процедур.

Для ФП использовались комплексные гомеопатические препараты Дискускомполитум и Цель Т. Дискускомполитум оказывает противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое действие, способствует регенерации тканей, стимулирует метаболизм, обеспечивает седативное действие на пациента. Препарат Цель Токазывает хондропротективное, хондростимулирующее, регенерирующее, метаболическое и обезболивающее действие. ЛС подбирались в соответствии с клинической картиной заболевания. При необходимости назначались оба препарата с чередованием.

У 42 пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника проведено лечение методом ФП. ЛС вводились в ТА зоны пораженных сегментов шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника [3]. Наиболее часто использовались АТ каналов V (мочевого пузыря) и VG (заднесрединного) – V10,11-15, 18-22, 23-26; VG11-14, 3-4. При необходимости лечение дополнялось классической аурикулотерапией – аурикулярные точки 55, 52, 37, 38, 39,41.

У всех пациентов отмечалось улучшение в разной степени - снижалась амплитуда болевого синдрома, отмечалось уменьшение рефлекторно-тонического напряжения мышц, наблюдалась положительная динамика двигательных и чувствительных нарушений.

Литература

1. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В.// Лекции по рефлексотерапии: Учеб.пос. – М.: 2002. – С.194.

2.Методы китайской акупунктуры/ Васичкин В.И. – М., СПб: 2001 - 375с.

3.Chinese Acupuncture and Moxibustion/ chief editor Chen Xinnong/ Foreign languages Press Beijing - 554 p.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Седун В.В., Завада Н.В., Терещенко Т.С., Шорох С.Г., Тарасик Л.В., Дронь П.С., Стахивич В.А., Хваленков Д.В.

ГУО «БелМАПО», УЗ «10 ГКБ» Минск, Беларусь

В общенациональном отчете Германии по отделу хирургии журнал[1] сообщает, что из 98 482 пациентов с калькулезным холециститом у 8 433 (8,6%) имелись камни гепатикохоледоха. По официальным данным Министерства Здравоохранения Республики Беларусь [2] количество холецистэктомий в стране за год колеблется от 16 до 18 тысяч. Экстраполируя данные S. Krager, количество пациентов с холедохолитиазом должно составлять более 1600. Существует также группа патологий гепатикохоледоха, проявляющихся механической желтухой не связанной с билиарным калькулезом. Одними из методов диагностики этих состояний является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) [3].

Цель исследования:

Оценить эффективность ЭРХПГ.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 120 историй болезни пациентов (сплошная выборка) хирургических отделений учреждения здравоохранения «10 ГКБ» города Минска, перенесших ЭРХПГ. Посредством анализа собранных данных сделаны выводы о чувствительности ультразвукового исследования органов брюшной полости в диагностике дилатации гепатикохоледоха и холедохолитиаза по сравнению с чувствительностью эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

В структуре выборки распределение по возрасту, согласно критериям ВОЗ, было следующим: молодые до 44 лет 16,7%, среднего возраста до 59 лет 22,5%, пожилого до 74 лет 37,5%, и старческого более 75 лет 23,3%, то есть более 60% пациентов представляли люди пожилого и старческого возраста. Распределение по полу: преобладают женщины – 67 человек (55,8%), 53 человека (44,2%) – мужчины.

Механическая желтуха с клиническими и лабораторными проявлениями отмечена у 92 из 120 пациентов выборки (76,7%), у 45 из 92 (48,9%) в анамнезе отмечались желчные колики. Холангит, подтверждаемый клиническими

данными, лабораторными и инструментальными методами исследования, имел место у 27 человек (22,5% из 120).

У каждого конкретного пациента имелось определенное сочетание показаний к проведению ЭРХПГ и трансдуоденальных вмешательств.

1. Холедохолитиаз, выявленный посредством ультразвукового исследования органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) и компьютерной томографии (КТ) явился показанием к проведению ЭРХПГ и последующих манипуляций у 16 пациентов из 120 (13,3%).

2. Сочетание холедохолитиаза с механической желтухой было обнаружено у 31 пациента из 120 (25,8%).

3. Дилатация холедоха была подтверждена УЗИ у 11 из 120 (9,2%).

4. Сочетание желтухи и дилатации имело место у 38 человек из 120 (31,7%).

5. Собственно механическая желтуха явилась показанием к проведению ЭРХПГ у 23 из 120 пациентов (19,2%).

6. Киста холедоха с дилатацией была выявлена посредством УЗИ у 1 (0,8%) человека.

Результаты и обсуждение.

При проведении ЭРХПГ селективную холангиографию выполнили 88 (73,3%) пациентам, холангиопанкреатографию 19 (15,8%), а вирсунгографию 8 (6,7%). Таким образом общее число состоявшихся контрастирований составило 115. В 5 случаях канюлировать БДС не удалось (4,2%). Причины неудач: опухолевая инфильтрация фатерова сосочка – 3 случая, рубцовое сужение 12п кишки и аденома БДС – по 1 случаю.

Холангиография селективная либо с одновременной панкреатографией проведена 107 (89,2%) пациентам из 120, у которых требовалось визуализировать холедох, а всего выполнено 115 чреспапиллярных вмешательств.

Данные полученные на ЭРХПГ:

1 Дилатация холедоха более 8 мм выявлена при холангиографии у 76 пациентов (71,0% на 107), у 43 (56,6% на 76) при этом в холедохе обнаружены конкременты.

2 Наличие камней в общем желчном протоке без дилатации отмечено у 13 из 107(12,1%).

3 Стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ) обнаружена в 11 (10,3%) случаях.

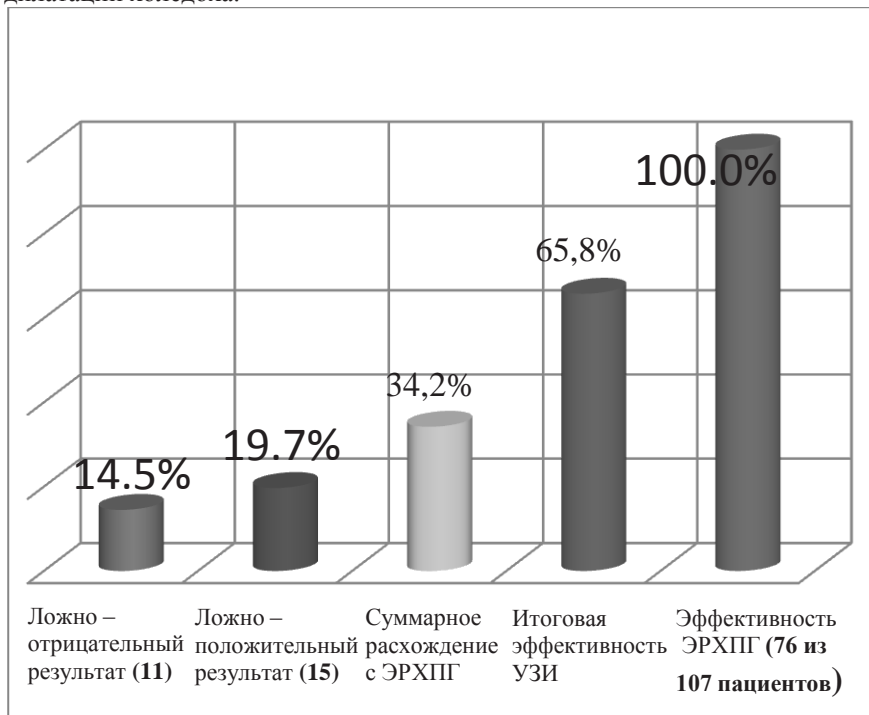
Диагностическая ценность УЗИ в сравнении с ЭРХПГ

Выявление дилатации холедоха.

Сравнивая данные полученные при проведении чрескожного УЗИ органов брюшной полости с ЭРХПГ, ложноотрицательный результат УЗИ при выявлении дилатации холедоха составил 14,5%, ложноположительный 19,7%. Суммарное расхождение результатов УЗИ и ЭРХПГ составило 34,2%,

а итоговая эффективность УЗИ в плане диагностики дилатации холедоха – 65,8% по сравнению с холангиографией (рис.1).

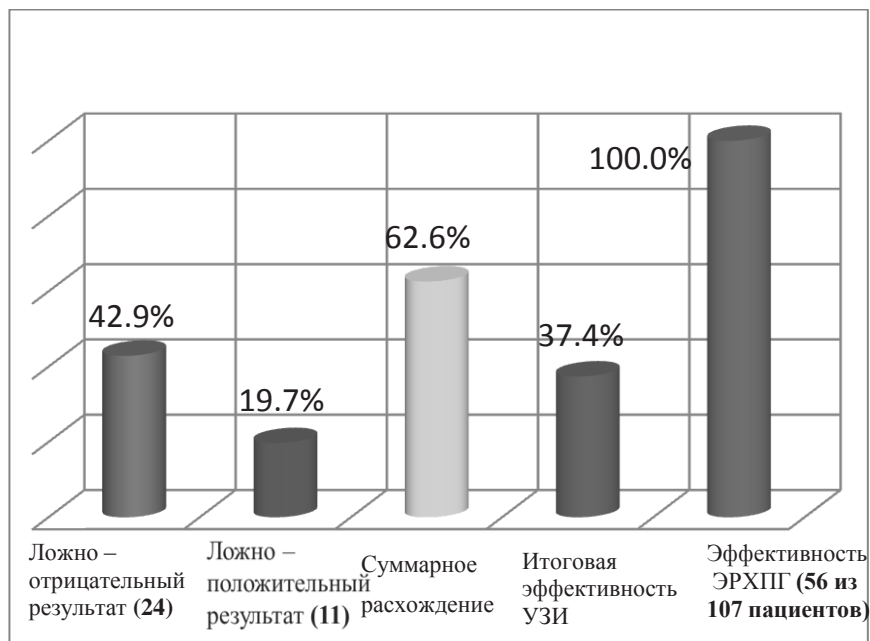
Рисунок 1. – Диагностическая ценность чрескожного УЗИ в выявлении дилатации холедоха.



Диагностика холедохолитиаза.

Посредством ЭРХПГ холедохолитиаз выявлен у 56 из 107 пациентов. Ложноотрицательный результат УЗИ в диагностике холедохолитиаза составил 42,9%, ложноположительный 19,7%, суммарное расхождение с ЭРХПГ 62,6%. Таким образом, диагностическая ценность УЗИ в плане обнаружения конкрементов гепатикохоледоха по сравнению с ЭРХПГ составляет 37,4% (рис. 2).

Рисунок 2. – Диагностическая ценность УЗИ в диагностике холедохолитиаза.



Заключение и выводы:

1. ЭРХПГ позволяет диагностировать патологию желчного дерева в 89,2% случаев.
2. Диагностическая ценность чрескожного УЗИ органов брюшной полости в выявлении дилатации холедоха составляет 65,8% по сравнению с ЭРХПГ.
3. Диагностическая ценность УЗИ в выявлении холедохолитиаза составляет 37,4% по сравнению с ЭРХПГ.

Литература

1. Dirk J. Gouma. Management of Acute Cholangitis//Digestive Diseases. – 2003. – 21:25 – 29.
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2010 г. // РНМБ. – Минск. – 2011. – 305 с.
3. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. – М.: Медицина, 1994. – 191 с.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Седун В.В., Гризуть А.Т., Шорох С.Г., Тарасик Л.В., Дронь П.С., Козик Ю.П., Якута И.С., Семенюк Ю.А.

ГУО «БелМАПО», УЗ «10 ГКБ» Минск, Беларусь

Одними из малотравматичных методов коррекции патологии гепатикохоледоха являются эндоскопические трансдуоденальные вмешательства на большом дуоденальном сосочке (БДС) и желчном дереве: эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), холедохолитозэкстракция, литотрипсия и стентирование холедоха.

Цель исследования

Оценить эффективность эндоскопических и эндохирургических трансдуоденальных (чреспапиллярных) вмешательств.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 120 историй болезни пациентов (сплошная выборка) хирургических отделений учреждения здравоохранения «10 ГКБ» города Минска, перенесших ЭРХПГ. Посредством анализа сделаны выводы о эффективности эндохирургических транспапиллярных вмешательств в устранении холедохолитиаза, степени травматичности описываемых эндоскопических манипуляций.

В структуре выборки распределение по возрасту, согласно критериям ВОЗ, было следующим: молодые до 44 лет 16,7%, среднего возраста до 59 лет 22,5%, пожилого до 74 лет 37,5%, и старческого более 75 лет 23,3%, то есть более 60% пациентов представляли люди пожилого и старческого возраста. Распределение по полу: преобладают женщины – 67 человек (55,8%), 53 человека (44,2%) – мужчины.

Механическая желтуха с клиническими и лабораторными проявлениями отмечена у 92 из 120 пациентов выборки (76,7%), у 45 из 92 (48,9%) в анамнезе отмечались желчные колики. Холангит, подтверждаемый клиническими данными, лабораторными и инструментальными методами исследования, имел место у 27 человек (22,5% из 120).

Результаты и обсуждение.

При проведении ЭРХПГ (удалась у 107 пациентов) получены следующие данные:

1 Дилатация холедоха у 76 пациентов (71,0% на 107), у 43 (56,6% на 76) при этом в холедохе обнаружены конкременты.

2 Наличие камней в общем желчном протоке без дилатации отмечено у 13 из 107(12,1%).

3 Стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ) обнаружена в 11 (10,3%) случаях.

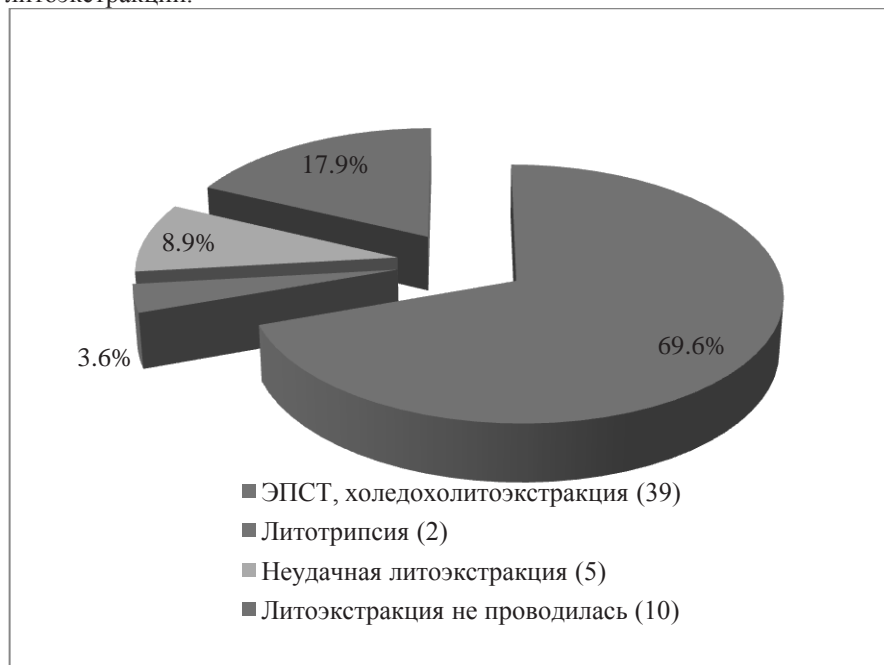
ЭПСТ выполнено 67 пациентам (62,6% на 107 холангиографий). Самопроизвольное отхождение камней после ЭПСТ было отмечено у 5 (8,9%) пациентов из 56 с диагностированным холедохолитиазом.

Посредством ревизии холедоха и литоэкстракции корзинкой Dormia либо баллонным экстрактором удалить конкременты из гепатикохоледоха удалось у 34 (60.7%) из 56 человек с билиарным калькулезом.

Механическая литотрипсия выполнена у 2 пациентов из 56 (3,6%).

Как следует из рисунка 1, общая разрешающая способность эндоскопических методов литоэкстракции составила 73,2% – холедохолитиаз удалось разрешить эндоскопически у 41 пациента из 56 с диагностированным билиарным калькулезом. Литоэкстракция не проводилась 10 пациентам (17,9% на 56), она не удалась в 5 случаях (8,9%) по причине кровотечения из зоны ПСТ, вклинения конкремента в ТОХ, выхода из строя инструмента.

Рисунок 1. - Разрешающая способность эндохирургических методов литоэкстракции.



Стентирование, разрешившее явления желтухи, было проведено у 5 пациентов из 92 с механической желтухой, что составляет 5,4%. В 3 случаях оно дополняло ЭПСТ (4,5% на 67 предпринятых сфинктеротомий). Не удалось поставить стент у 5 пациентов из 92 (5,4%). У 1 человека (1,1% на

92) поставленный стент перестал функционировать. Таким образом, стентирование проведено успешно в 5 случаях, а неудачным оказалось 6 случаях (соответственно 45,5% и 54,5% на 11 человек, которым ставили стент).

Назобилиарное дренирование проведено 3-им пациентам из 92 с механической желтухой (3,2%), у 2-их дополняло ЭПСТ, еще у 2-их не удалось.

Возможными осложнениями эндоскопических трансдуоденальных вмешательств являются: кровотечения (субклинические и клинически значимые), гиперамилаземия без болевого синдрома, реактивный панкреатит, холангит, перфорация ДПК. Диагностика осложнений среди пациентов выборки проводилась на основе клинических данных, результатов лабораторных исследований в динамике или объективной картины при проведении эндоскопических вмешательств.

Осложнения ЭРХПГ, ЭПСТ:

1. Клинически значимое кровотечение произошло в 3 (2,8%) случаях (рис 4), после ЭПСТ – в двух случаях (на 67 сфинктеротомий – 3%), 1 раз после попытки стентирования холедоха (на 11 постановок стента – 9,1%), 2 пациентам потребовалась переливание компонентов крови и кровезаменителей.

2. Реактивный панкреатит, купированный медикаментозно, развился у 3 человек из 115 (2,6% как видно на рисунке 2).

Рисунок 2. – Частота тяжелых осложнений чреспапиллярных вмешательств (клинически значимое кровотечение и реактивный панкреатит).



3. Субклиническое кровотечение как осложнение чреспапиллярных вмешательств, а с учетом вирсунгографий их было выполнено 115, отмечено у 25 (21,7%) пациентов, в 18 случаях после ЭПСТ – 26,9% (на 67 проведенных сфинктеротомий).

4. Гиперамилаземия без болевого синдрома отмечена у 14 из 115 пациентов (12,2%), которым удалось канюлировать БДС и провести дальнейшие манипуляции, причем в 2 случаях она явилась осложнением вирсунгографии (на 8 вирсунгографий – 25%), а в 3 случаях отмечалась после холангиопанкреатографии (на 19 – 15,8%). Селективная холангиография осложнилась гиперамилаземией без болевого синдрома у 9 пациентов из 88, которым она была проведена (10,3%).

Летальных случаев не зарегистрировано.

Заключение

Эффективность эндоскопических трансдуоденальных вмешательств в устранении холедохолитиаза достигает 73,2%.

Эндоскопические трансдуоденальные вмешательства являются малотравматичными методами коррекции холедохолитиаза и билиарной гипертензии, имеют незначительное количество послеоперационных осложнений 5,2%.

МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Селянинова А.Е.

УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы: Гипертоническая болезнь является одной из актуальных проблем современной кардиологии вследствие широкой распространенности, центральной роли в развитии таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, сердечная и почечная недостаточность. Многокомпонентный патогенез гипертонической болезни существенно затрудняет проведение эффективного лечения. Несмотря на наличие большого количества современных препаратов, адекватной коррекции повышенного артериального давления удастся достичь не более чем у 1/4 всех больных.

В последние десятилетия появились убедительные данные об эффективности применения в лечении гипертонической болезни (ГБ) преформированных физических факторов, способных влиять на ключевые звенья патогенеза заболевания. С этих позиций интерес представляет метод сочетанного действия инфракрасного лазерного излучения в постоянном

магнитном поле - магнитолазеротерапия (МЛТ). В литературе имеется достаточно информации о высокой способности МЛТ снижать АД у больных ГБ. В основе гипотензивного эффекта лежит изменение активности прессорных нейрогуморальных систем регуляции в виде снижения активности симпатoadренальной системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, повышение синтеза адренокортикотропного гормона, уменьшение выделения катехоламинов, уровня кортизола, коррекция показателей гемодинамики за счет ликвидации ангиоспазма, увеличения числа функционирующих капилляров, улучшения реологических свойств крови, которое проявляется уменьшением скорости образования тромбина, тромбопластина, снижением концентрации фибриногена, уменьшением агрегационной способности тромбоцитов и эритроцитов.

Материалы и методы. Российской Академией медицинских наук в НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения под руководством доктора мед.наук М.В.Антонюка разработана медицинская технология предусматривающая одновременное воздействие инфракрасным лазером на область проекции печени в сочетании с воздействием на паравертебральные точки(С4-С6), область затылочной ямки и проекцию почек.

В отделении медицинской реабилитации УЗ «10-я ГКБ» в 2014 году проводилось внедрение новой медицинской технологии в лечение магнитоинфракрасным лазерным терапевтическим аппаратом «Рикта» (Москва). Данная методика физиотерапевтического воздействия направлена на нормализацию артериального давления, коррекцию показателей липидного, углеводного обмена, системы гемостаза.

Показания к использованию медицинской технологии: ГБ 1 и 2 стадий.

Противопоказания: общие противопоказания к физиотерапии; хроническая сердечная недостаточность 2 стадии; нарушения ритма (полная атриовентрикулярная блокада, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия); инфаркт миокарда, острый период; стенокардия напряжения выше 3 ФК; гипертоническая болезнь 3 стадии; состояние после перенесенного нарушения мозгового кровообращения (менее 1 года); искусственные вживленные кардиостимуляторы и водители ритма; желчнокаменная болезнь.

Всем больным для назначения лечения проводили общеклиническое обследование: ЭКГ, УЗИ печени, биохимическое исследование крови (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, расчетные показатели-индекс атерогенности, фибриноген, мочевиная кислота, глюкоза).

Под наблюдением находилось 53 больных ГБ 1 (45%) и 2 (55%) стадии в возрасте от 30 до 60 лет, из них 28 мужчин и 25 женщин. Давность заболевания составляла от 5 до 10 лет и более. У 45 пациентов

зарегистрированы сопутствующие заболевания. Наиболее часто встречались заболевания органов пищеварения (34 больных) и опорно-двигательного аппарата (19 больных). Избыточная масса тела или ожирение различной степени выявлены у 18 больных. Все пациенты имели уровень АД, соответствующий артериальной гипертензии 1 и 2 степени. Метаболические процессы у больных ГБ 1 и 2 стадии характеризовались нарушениями липидного обмена по типу умеренной гиперхолестеринемии, наличием инсулинорезистентности.

Все больные были разделены на две сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы: 1-я группа (24 человека)-больные ГБ 1 и 2 стадии, которые получали ингибитор АПФ утром и процедуру МЛТ путем последовательного воздействия на паравертебральные точки на уровне С4-С6 по 1 мин частотой 5 Гц; область затылочной ямки 1 мин частотой 1000 Гц; область проекции почек по 5 мин частотой 1000 Гц; верхушечного толчка сердца по 5 мин частотой 5 Гц; в первой половине дня, ежедневно, курс 10 процедур. 2-я группа (29 человек)- больные ГБ 1 и 2 стадии, которые получали ингибитор АПФ утром и процедуру МЛТ по новой методике путем последовательного воздействия на паравертебральные точки на уровне С4-С6 по 1 мин частотой 5 Гц; область затылочной ямки 1 мин частотой 1000 Гц; область проекции почек по 5 мин частотой 1000 Гц; область проекции печени: 1) точка, расположенная на пересечении линии нижнего края реберной дуги со среднеключичной линией 1 мин частотой 50 Гц. 2) точка, расположенная на пересечении нижнего края реберной дуги с передней подмышечной линией 1 мин частотой 50 Гц. 3) две точки, расположенные на 5 см выше по линии, параллельной предыдущей по 1 мин частотой 5 Гц. 4) точка, расположенная на этой же линии парастернально 1 мин частотой 5 Гц в первой половине дня, ежедневно, курс 10 процедур.

Эффективность использования новой методики. Сравнительный анализ эффективности магнитолазеротерапии у больных ГБ показал положительную динамику субъективных данных, при этом изменения у больных, получавших МЛТ по новой методике, наступали быстрее и были более выраженными. У большинства больных 2-й группы после 3-4 процедур МЛТ отмечена положительная динамика клинических симптомов: снизилась интенсивность, длительность и частота головной боли (в 60% случаев), прекратились головокружения (в 55% случаев). Ухудшение состояния в виде усиления головных болей и головокружения после первых процедур отмечалось у 2 больных ГБ 1 стадии и было связано с резким снижением АД. На фоне стабилизации уровня АД жалобы прекратились, что не потребовало отмены лечения у этих больных. Со стороны гепатобилиарной системы патологических реакций не отмечалось.

Во 2-й группе у больных ГБ 1 и 2 стадии установлены значимые положительные изменения как систолического, так и диастолического АД. У

48%больных ГБ 2 стадии к концу периода восстановительного лечения была уменьшена дозировка гипотензивных препаратов. Анализ лабораторных исследований показал, что после курсового лечения МЛТ во 2-й группе больных ГБ 1 и 2 стадии в сыворотке крови достоверно снизились уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, уровень холестерина липопротеидов высокой плотности повысился у всех пациентов.

Вывод. Общая эффективность восстановительного лечения с применением магнитолазеротерапии по комбинированной методике у больных ГБ 1 и 2 стадии составила 89%. Полученные клинические данные позволяют сделать вывод, что новая медицинская методика лечения больных ГБ 1 и 2 стадии с сопутствующими метаболическими нарушениями с использованием комбинированной методики МЛТ не только позволяет нормализовать уровень АД, но и оказывает выраженное липидкорректирующее действие. Экономическая эффективность новой методики заключается в сокращении затрат на медикаментозную гипотензивную терапию в течение года, уменьшении частоты госпитализации по поводу основного заболевания и уменьшении общего сердечно-сосудистого риска развития осложнений.

Литература

1. Антонюк М.В., Кантур Т.А., Рудиченко Е.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация // - 2011.- №4.- С.50-54.
2. Кантур Т.А., Антонюк М.В., Иванов Е.М. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация // - 2009.- №4.- С.19-21.
3. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. – М., 2000.
4. Магеррамов Д., Мамедов М.М. //Лазерная мед.- 2008.-Т.12, №1 – С.40-42.
5. Никитин А.В., Безрукавников Ю.А. // Эффект.лазерная мед. – 2003. - № 5. – С. 92-94.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Селянинова А.Е.

УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы: Остеоартроз (ОА) является самым распространенным заболеванием суставов и одной из частых причин ограничения физической активности людей пожилого возраста. В целом по

Белоруссии примерно 20% населения достигло своего 65-летия, и именно эта возрастная группа имеет высокий риск развития ОА. Несмотря на то, что ОА справедливо рассматривается как системная патология хрящевых структур синовиальных суставов, отдельные, преимущественно нагрузочные, суставы привлекают особое внимание. К ним относятся в первую очередь тазобедренные и коленные суставы, определяющие при тяжелом поражении инвалидизацию больных.

Лечение больных ОА пожилого возраста сопряжено с определенными трудностями. Медикаментозная терапия у них существенно ограничена ввиду развития побочных реакций, в некоторых случаях приводящих к тяжелым осложнениям. Известные на сегодняшний день методы консервативного лечения ОА желаемого успеха не приносят.

Более обширны возможности у физических факторов, особенно в реабилитации больных, в связи с чем поиск новых физиотерапевтических методов лечения ОА у пожилых пациентов является актуальным.

Материалы и методы: В последние годы у нас в стране и за рубежом показана эффективность применения общей магнитотерапии (ОМТ) при ряде заболеваний, что обусловлено ее положительным влиянием на процессы саногенеза. Отмечено положительное влияние ОМТ на фармакокинетику и фармакодинамику препаратов, уменьшение их побочных эффектов, что особенно важно для лиц пожилого возраста, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, так как развитие гастропатий, нарушение функции почек и агрегация тромбоцитов являются запрограммированными эффектами этих препаратов. Патогенетическим обоснованием применения ОМТ в консервативном лечении ОА у лиц пожилого возраста послужили сведения о противовоспалительном, анальгезирующем, противоотечном, спазмолитическом, антиоксидантном, трофико-регенерирующем и седативном действии данного метода.

В отделении медицинской реабилитации УЗ «10-я ГКБ» в 2013г. закуплен современный аппарат для импульсного низкочастотного магнитного воздействия «УниСПОК» (Минск), имеется индуктор ИАМВ-5 выполнен в виде обычного матраца, на который ложится пациент.

Под наблюдением находилось 64 больных остеоартрозом коленных суставов в возрасте от 60 до 74 лет, из них 39 (62%) женщин и 25 (38%) мужчин. У большинства больных диагностирована 2 рентгенологическая стадия ОА, признаки синовита наблюдались у 37% больных. Основными клиническими признаками остеоартроза коленных суставов у пожилых пациентов были боли в пораженном суставе при движении и в покое, непродолжительная утренняя скованность, болезненное ограничение объема сгибания и разгибания сустава, крепитация. Со стороны психологического статуса у большинства пациентов отмечались снижение эмоциональной активности, тревожные переживания, раздражительность. Среди патологий,

сопутствующих основному заболеванию, чаще встречались артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2 ФК, хроническая варикозная болезнь нижних конечностей, хронический холецистит, гастрит и панкреатит.

Основную группу составили 35 пациентов, получавших диетотерапию, локально хондропротекторы в виде крема-бальзама, нестероидные противовоспалительные препараты в таблетированной форме, ЛФК, процедуры общей магнитотерапии. ЛФК проводилась для укрепления мышц, окружающих пораженный сустав, разгрузки пораженного сустава и воздействия на близлежащие суставы для усиления их компенсаторной функции.

2-я группа сравнения составляла 29 больных, которым была назначена диетотерапия, локально хондропротекторы в виде крема-бальзама, нестероидные противовоспалительные препараты в таблетированной форме и ЛФК.

Результаты: после курса лечения отмечалась достоверная динамика клинического состояния всех больных. Однако более значимой она была в основной группе при включении в комплексное лечение ОМТ. У пациентов основной группы удалось полностью купировать боли в покое и в 86% случаев значительно уменьшить боль в пораженном суставе при движении. Положительную динамику такого показателя, как жалобы на утреннюю скованность, отметили у 93% пациентов, увеличение объема движений у 78%, что достоверно выше, чем во 2-ой группе.

При изучении динамики показателей качества жизни в зависимости от вида проводимого комплексного лечения мы пришли к заключению, что более значимые результаты наблюдались в случае дополнительного назначения процедур ОМТ: улучшилось эмоциональное состояние пациентов, повысилось настроение, снизилась невротизация, склонность к депрессии.

Вывод. Возросла эффективность реабилитационного лечения остеоартроза коленных суставов у пожилых больных в случае включения в лечебный комплекс процедур ОМТ, что дает основание более активно использовать данный физиотерапевтический метод в клинической практике.

Литература

1. Каркавина А.Н., Кулишова Т.В., Кожаква Т.Б., Доровских Н.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация // - 2010 - № 3. – С. 8-11.
2. Улащик В.С. // Вопросы курортологии // - 2001 - № 5 – С. 3-8.
3. Цурко В.В. // Клиническая геронтология // - 2004 – Т. 10, № 6 – С. 3-6.
4. Абрамович С.Г. Медико-биологическое обоснование физических методов лечения у больных гипертонической болезнью пожилого возраста: Автореф. Дис. Д-ра мед.наук – Томск, 2001.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Сиваков А. П., Манкевич С.М., Подсадчик Л.В., Грекова Т.И., Лукашевич В.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования МЗ РБ

Несмотря на огромный опыт практического применения, традиционная восточная медицина (ТВМ) является достаточно молодой и новой отраслью медицинской науки. Современные тенденции развития ТВМ и ее интеграции в западную медицину развиваются по нескольким направлениям: изучение механизмов действия лекарственных средств традиционной китайской медицины (ТКМ) на современном уровне, исследование эффектов применения физических факторов в точки акупунктуры, проведение исследований по комбинированию и сочетанию методов ТКМ и лекарственных средств, немедикаментозных методов западной медицины [1]. Современную отечественную рефлексотерапию отличает повышенный интерес к изучению эффективности применения физических факторов в точки акупунктуры, как с лечебными, так и с профилактическими целями. Данный метод получил название физиопунктуры [2].

Основу реакции организма на применение физических факторов в точки акупунктуры составляет мультикомпонентный ответ, направленный на восстановление адаптационных резервов функциональных систем в новых, изменившихся условиях их жизнедеятельности. На родине акупунктуры, в Китае, в последние 20–30 лет также все шире используют физические факторы для воздействия в точки акупунктуры. Наиболее часто в клинической практике китайские специалисты используют различные виды электрического тока и лазерное излучение. Применение указанных методов при лечении заболеваний нервной системы и внутренних органов позволяет значительно повысить эффективность лечения [3,4].

В современной рефлексотерапии в западных странах также наибольший интерес вызывает изучение механизмов действия различных методов физиопунктуры [5]. Обсуждая проблему применения физических факторов в точки акупунктуры, следует остановиться на классификации методов физиопунктуры. В основу предложенной нами классификации методов физиопунктуры положен вид энергии физического фактора, используемый для воздействия. Воздействие на точки акупунктуры можно проводить с использованием механического фактора, энергии света, электрических и электромагнитных полей, теплового или холодного факторов, а также применять воздействия различные варианты их комбинированного или сочетанного применения. Данный подход позволил выделить и сгруппировать по указанному принципу такие факторы как механические

виды воздействия, светорефлексотерапию, электрорефлексотерапию, терморелексотерапию, комбинированные виды рефлексотерапии. Применение физических факторов в точки акупунктуры вполне обосновано с точки зрения особых биофизических характеристик данных точек и имеет ряд особенностей по сравнению с классической физиотерапией.

Нам представляется, что при использовании физических факторов в точки акупунктуры следует учитывать и некоторые новые, современные подходы в рефлексотерапии, заключающиеся в необходимости учета компенсаторно-приспособительной реакции организма в зависимости от симптомов заболевания, единства причинно-следственных патогенетических и симптоматических звеньев патологического процесса, адекватности воздействия, индивидуализации воздействия, комплексности воздействия при полиэтиопатогенетическом характере развития патологического процесса, преемственности лечения. Следует отметить и появившуюся отрицательную тенденцию в развитии современной рефлексотерапии и физиопунктуры, заключающуюся в том, что клиническое применение этих методов часто опережает экспериментальные исследования, что не способствует оптимизации воздействия и повышению эффективности лечения.

Для более эффективного применения методов ТВМ в клинической практике необходимы дальнейшие исследования, которые будут вносить определенные коррективы в современные тенденции развития традиционной китайской медицины и способствовать процессу интеграции восточной и западной медицины.

Литература

1. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты современной восточной медицины. – М.: АО «Московские учебники и Картолитография», 2000. – 210с.
2. Самосюк И.З., Лысенко В.П. Акупунктура. – М.: АСТ-Пресс книга, 2004. – 280с.
3. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В. Лекции по рефлексотерапии: учеб. пособие. – М., 2002. – 260с.
4. Кунавин В.В. Рефлексотерапия. – М., 2000. – 254 с.
5. Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии. – М., 2003. – 312с.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

1. *Исачкин В.П., Юркевич И.В., Пустовит И.Н.* 10-я городская клиническая больница на этапе тридцатилетия: история становления, достижения, перспективы **3**
2. *Барановская Т.В., Першай Л.К., Исачкин В.П., Протасевич Д.В., Иванова Ж.С.* Республиканский центр профессиональной патологии и аллергологии в системе оказания специализированной медицинской помощи в Республике Беларусь **9**
3. *Гольдинберг Б.М., Климович О.В.* Интегральные показатели оценки оказания трансфузиологической помощи в многопрофильных стационарах **12**
4. *Гольдинберг Б.М., Климович О.В.* Организация трансфузионного обеспечения пострадавших в чрезвычайных ситуациях локального и местного уровней **17**
5. *Есепкин А.В., Василевич А.П.* Организация работы отделения экстренной хирургии многопрофильной клинической больницы на современном этапе **22**
6. *Загородная Н.К., Предко Н.М.* Аспекты организации сестринского дела в современных условиях клиники **26**
7. *Короткевич Т.В., Вакульчик И.С.* Анализ случаев смерти пациентов от внешних причин в стационарах Республики Беларусь за период 2010–2013 годы **28**
8. *Пустовит И.Н., Чередниченко Д.В., Вольская А.М.* Стационарозамещающие технологии на примере организации работы хирургического отделения с краткосрочным пребыванием пациентов **32**
9. *Урбанович А.М., Сиваков А.П., Протасевич Д.В., Грекова Т.И., Руденко Ю.А.* Организационно-методические аспекты деятельности городского отделения медицинской реабилитации – Клинического центра традиционной восточной медицины **35**

РАЗДЕЛ 2. ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

10. *Автушко Ж.Б., Малиновский Г.Ф.* Способы хирургического лечения старческого выворота нижнего века **38**
11. *Борисенко А.С., Витт В.А., Суцук О.В., Волкович Т.К., Науменко Л.В.* Остеома хориоидеи (случай из практики) **40**
12. *Василевич А.П., Кондратенко Г.Г., Бурко И.И., Короленко Г.Г., Есепкин А.В.* Хирургическое лечение доброкачественных гормонально-активных новообразований надпочечников **44**

13. *Вергейчик А.Н., Исачкин В.П., Грицкова Л.В., Доведько Н.Г., Кирсанова Н.М., Егорова Е.Г., Жура К.Б.* Оперативное лечение генитального пролапса лапароскопическим доступом **49**
14. *Волчок Н.В., Дрожина О.Г., Курек Н.О., Васильев С.А.* Лапароскопия в диагностике и лечении женского бесплодия **52**
15. *Долина И.В., Дрожина О.Г.* Возможности оценки гемодинамики слизистой оболочки полости носа у беременной **54**
16. *Жаворонок И.С., Есепкин А.В., Карман А.Д.* Первый опыт применения гемостатического средства Гамастат при кровотечении из ложа желчного пузыря во время холецистэктомии **59**
17. *Жаворонок И.С., Стахивич В.А., Можак Д.Д., Хваленов Д.В.* Результаты применения гемостатического средства Гамастат при гастродуоденальных кровотечениях неязвенной этиологии **65**
18. *Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Чур Н.Н., Шкода М.В., Храпов И.М., Малиновский М.В., Жих О.Д., Михайлова Н.М., Шершень П.М.* Роль фактора ангиосомности ревакуляризации нижней конечности при нейроишемической форме синдрома «диабетической стопы» **69**
19. *Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Чур Н.Н., Черноморец В.В., Новикова Н.М., Вовна Д.В., Корниевский Д.В., Качан Л.Н.* Современные подходы к лечению варикозной болезни в условиях многопрофильной клиники **71**
20. *Игумнова И.И.* Осложнения при хирургическом лечении пролиферативной диабетической ретинопатии **73**
21. *Казуцик В.Л., Шотт А.В., Кондратенко Г.Г., Кубарко А.И., Черноморец В.В.* Возрастные изменения микроциркуляторной среды **79**
22. *Казуцик В.Л., Чур Н.Н., Карман А.Д., Черноморец Н.В., Володкович Н.Н., Вовна Д.В.* Индекс фильтрации: его определение и клиническое значение **81**
23. *Казуцик В.Л., Володкович Н.Н., Корниевский Д.В.* Интегральное микроциркуляторное давление, его определение и его коэффициент **83**
24. *Казуцик В.Л., Чур Н.Н., Карман А.Д., Черноморец В.В., Качан Л.Н., Корниевский Д.В.* Определение индекса гидратации тканей **86**
25. *Кардаш О.Н., Семак Г.Р., Игумнова И.И., Сивашко А.С.* Осложнения в результате устранения блефарохалязиса методом блефаропластики (клинический случай) **88**
26. *Карман А.Д.* Способ определения осмотического давления в микроциркуляторной среде **91**
27. *Климович А.Е., Татур А.А., Гончаров А.А., Кардис В.И., Попов М.Н., Стахивич В.А., Богачев В.А.* Хирургическая тактика при рубцовых стенозах трахеи сочетанных с трахеопищеводным свищом **94**
28. *Куделит О.А., Кондратенко Г.Г., Есепкин А.В., Скипор Л.В., Жук А.С., Францкевич Д.В.* Влияние энерготропного средства «Реогемин» на коррекцию синдрома эндогенной интоксикации при остром панкреатите тяжелого течения **97**

29. Куделич О.А., Протасевич А.И., Кондратенко Г.Г., Горох В.И., Патунчик Ю.Н., Рябычина Т.А. Метод диагностики гнойных осложнений острого некротизирующего панкреатита **102**
30. Куделич О.А., Протасевич А.И., Кондратенко Г.Г., Есепкин А.В., Рябычина Т.А., Глецевич О.Е. Применение малоинвазивных вмешательств в комплексном лечении острого панкреатита **106**
31. Куптель М.А., Татур А.А., Пландовский А.В., Попов М.Н., Протасевич А.И., Росс А.И. Хирургическая тактика при острой эмпиеме плевры **110**
32. Куптель М.А., Татур А.А., Расюк Е.Д., Пландовский А.В., Попов М.Н., Росс А.И., Протасевич А.И. Эффективность применения фибринового клея в лечении острой эмпиемы плевры **112**
33. Лебедева П.А. Применение сетчатого имплантата для хирургического лечения выворота нижнего века при лицевом параличе **115**
34. Малиновский Г.Ф., Сиденко Н.Н., Войтеховская М.В., Воронович Т.Ф. К вопросу лечения и профилактики миопической макулопатии **118**
35. Малиновский Г.Ф., Воронович Т.Ф., Чернушевич О.М. Современные подходы и новые технологии в лечении заболеваний слезоотводящих путей **122**
36. Неверов П.С., Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Конкин Д.К., Левша Е.С. Прогнозирование рецидива кровотечения при синдроме Меллори-Вейса **124**
37. Попков О.В., Попков С.О. Острый парапроктит, особенности диагностики и лечения **126**
38. Попков О.В., Попков С.О. Хирургическая реабилитация стомированных пациентов **129**
39. Протасевич А.И., Татур А.А., Пландовский А.В., Попов М.Н., Кардис В.И., Росс А.И., Куптель М.А. Диагностика и лечение постстернотомического остеомиелита грудины **131**
40. Сивашко А.С., Семак Г.Р., Чернушевич О.М., Кардаш О.Н. Метод хирургического лечения трихаза век с использованием донорской амниотической оболочки **134**
41. Сиденко Н.Н., Малиновский Г.Ф. Эффективность хирургического лечения пациентов с резистентными формами глауком **136**
42. Скачко В.А., Татур А.А., Протасевич А.И., Пландовский А.В. Хирургическая тактика при нехиатальных грыжах диафрагмы **139**
43. Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Козик Ю.П., Седун В.В., Конкин Д.К., Неверов П.С. Гастроинтестинальные кровотечения, вызванные аортодигестивными фистулами **141**
44. Тарасик Л.В., Завада Н.В., Шорох С.Г., Козик Ю.П., Неверов П.С., Соколовский П.А., Швайбович И.Е., Левша Е.С. Геморрагические осложнения хронического панкреатита с проксимальной локализацией **144**
45. Тарасик Л.В., Завада Н.В., Шорох С.Г., Седун В.В., Козик Ю.П., Неверов П.С., Соколовский П.А., Левша Е.С. Постнекротический панкреатит,

- осложненный формированием панкреатоцистогастрального свища и аррозивным кровотечением **146**
46. *Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Седун В.В., Неверов П.С., Якута И.С., Хваленов Д.В., Можяко Д.Д., Конкин Д.К., Соколовский П.А., Туромша В.И., Семенюк Ю.А.* Опыт хирургического лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии **148**
47. *Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Палеев С.А., Седун В.В., Козик Ю.П., Якута И.С.* Хирургическое лечение транспапиллярных и парапапиллярных кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки **150**
48. *Тесевич Л.И., Горбачев Ф.А.* Устранение дефектов нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости с использованием неваскуляризированных аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости **152**
49. *Татур А.А., Протасевич А.И., Попов М.Н., Росс А.И., Куптель М.А.* Хирургическая тактика при остеомиелите грудины и ребер у пациенток после мастэктомии **156**
50. *Троянов А.А., Кондратенко Г.Г., Арабей А.А., Потаннев М.П.* Заживление кожных ран с использованием плазмы обогащенной ростовыми факторами тромбоцитов при сахарном диабете в эксперименте **160**
51. *Троянов А.А., Кондратенко Г.Г., Храпов И.М.* Применение плазмы обогащенной ростовыми факторами тромбоцитов в лечении повреждений кожных покровов у пациентов с сахарным диабетом. Гематологические критерии отбора пациентов **162**
52. *Чур Н.Н., Кондратенко Г.Г., Казуцик В.Л., Черноморец В.В.* Основные тенденции хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей **165**
53. *Шкода М.В., Чур Н.Н., Кондратенко Г.Г., Жих О.В., Михайлова Н.М.* Реваскуляризация нижних конечностей с гнойно-некротическими поражениями при синдроме «диабетической стопы» **170**
54. *Шорох С.Г., Козик Ю.П., Седун В.В., Тарасик Л.В., Можяко Д.Д., Хваленов Д.В.* Диагностика и коррекция нарушения пассажа желчи при остром холецистите **175**
55. *Шорох С.Г., Седун В.В., Тарасик Л.В., Неверов П.С.* Этапность хирургического лечения при осложненном остром холецистите **176**
56. *Якута И.С., Завада Н.В., Тарасик Л.В.* Эндовидеохирургические операции в лечении эзофагогастроинтестинальных кровотечений **178**

РАЗДЕЛ 3. ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

57. *Алексейчик С.Е., Панкратова Ю.Ю., Гончарик Т.А., Протасевич Д.В., Крючкова А.М., Семак В.Н., Алексейчик Д.С.* Гипохолестеринемия как прогностический критерий тяжести внебольничной пневмонии **181**
58. *Артишевская Н.И., Головки Т.Г., Протасевич Д.В., Кручина Н.А., Раевнева Т.Г.* Современная классификация системных васкулитов **185**
59. *Барановская Т.В., Давидовская Е.И., Саевич Н.И., Стахивич В.А., Дударева Н.И., Макаренко К.Б., Лагодич Н.Н., Костюченко С.С.* Первый опыт применения бронхиальной термопластики в лечении тяжелых форм бронхиальной астмы (по материалам клинических испытаний) **189**
60. *Билодид И.К., Холодова Е.А., Мохорт Т.В., Карлович Н.В., Осовец Н.М.* Обучение пациентов сахарным диабетом - базисный компонент их лечения в г.Минске **192**
61. *Бурко И.И., Исачкина О.Н., Луцки М.Л., Романовский А.А., Ярошевич Н.А., Тузова А.А., Короленко Г.Г., Данилова Л.И.* Контроль поступающих с пищей жиров у пациентов с избыточной массой тела на фоне модификации образа жизни **195**
62. *Василевский И.В.* Клинико-фармакологические подходы к использованию гепатопротекторов в практике врача **201**
63. *Голубева Т.С., Короткевич Т.В.* Аффективные расстройства в Республике Беларусь: заболеваемость и инвалидность **205**
64. *Гончарик Т.А., Панкратова Ю.Ю., Санкович Е.В., Мазур В.В., Варава Н.К., Жих О.Д., Михайлова Р.М., Вацуро С.Н., Джозеф А.А.* Результаты комбинированной реперфузии у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST **209**
65. *Гриб В.М., Крючкова А.М., Семак В.Н.* Онкопатология внелегочной локализации в рамках отделения пульмонологического профиля **211**
66. *Гриб В.М., Панкратова Ю.Ю., Крючкова А.М.* Оценка критериев клинической вероятности у пациентов с предполагаемой тромбоземболией легочной артерии в пульмонологической практике **214**
67. *Гриб В.М., Крючкова А.М., Семак В.Н.* Рак легких в структуре патологии пульмонологического отделения клинической больницы **218**
68. *Дударева Н.И., Левданский О.Г., Шимкевич А.М., Аксенова Е.А., Даниленко Н.Г.* Особенности течения бронхиальной астмы в период обострения с учетом полиморфизма гена рецептора витамина D **221**
69. *Дудич О.Н., Красильникова В.Л., Бурко И.И., Короленко Г.Г., Рубис В.В.* Эффективность кортикостероидной терапии в лечении эндокринной офтальмопатии **225**
70. *Еремина Н.М.* Диагностические возможности психоэмоционального тестирования у практически здоровых молодых людей **231**
71. *Журавлев В.А., Шанько Ю.Г., Данилова Л.И., Радюк Д.В., Луцки М.Л., Короленко Г.Г.* МРТ – диагностика болезни Иценко–Кушинга **236**

72. Журавлев В.А., Шанько Ю.Г., Данилова Л.И., Радюк Д.В., Чухонский А.И., Капацевич С.В., Кисурин Е.В., Короленко Г.Г., Дашкевич Е.И. Роль катетеризации кавернозных синусов в диагностике болезни Иценко–Кушинга **238**
73. Иванов А.В., Санкович Е.В., Лихачев С.А. Эффективность лечения пожилых больных с болезнью паркинсона **242**
74. Исачкин Д.В., Турлюк Д.В., Янушко В.А., Черноглаз П.Ф., Ладыгин П.А., Михневич В.Б. Результаты лечения многоуровневых поражений артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии **244**
75. Корнелюк И.В., Рабцевич В.А., Корнелюк О.М., Полевкова Н.Я. Выбор антикоагулянтной подготовки к кардиоверсии у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий с учетом тромбоза ушка левого предсердия, выявляемых при трансторакальной эхокардиографии **249**
76. Корнелюк О. М, Мрочек А. Г., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р., Колядко М. Г., Русских И. И., Корнелюк И.В.,Рабцевич В.А. Оценка некоторых биохимических показателей с точки зрения прогнозирования рецидива через три месяца после радиочастотной аблации у пациентов с пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий **253**
77. Латицкий Д.В., Ряполов А.Н., Ермолкевич Р.Ф., Митьковская Н.П., Пучков А.Ф., Корнев Н.В. Удельный вес лиц, страдавших хронической обструктивной болезнью легких, в структуре умерших от ишемической болезни сердца **256**
78. Марьенко И.П., Лихачев С.А., Гурский И.С. Алгоритм диагностики рецидивирующей вестибулярной дисфункции **260**
79. Маслова Л.В., Полевченко Г.Н., Гончаров А.Е., Титов Л.П. Сублингвальная иммунотерапия: клинко-иммунологическая эффективность **262**
80. Месникова И.Л., Космачева Е.С., Яковец С.А. Организация и эффективность работы «Школы для пациентов с остеоатрозом» **266**
81. Михневич В.Б., Исачкин Д.В., Янушко В.А. Значимость компрессионной терапии в послеоперационном периоде у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей **271**
82. Никулина Н.А., Доценко Э.А., Саливончик Д.П. Влияние гипербарической оксигенации на сократительную способность сердца в остром периоде инфаркта миокарда **273**
83. Новикова Р.А., Санкович Е.В., Гришина И.В., Асмоловская О.Л. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца, её влияние на приверженность к лечению, течение заболевания и качество жизни больных **277**
84. Новикова Р. А., Полевкова Н.Я., Богушевич К. И., Кулеш В. И. Комплаенс в медицине и его значение в эффективности лечения пациентов с ишимической болезнью сердца **280**
85. Новикова Р.А., Жих О.Д., Романенко В.А., Шаплыко К.А. Факторы, способствующие улучшению прогноза и качества жизни у больных ишемической болезнью сердца **284**

86. *Панкратова Ю.Ю., Алексейчик С.Е., Семенова А.В., Санкович Е.В., Рудая Е.Г., Крючкова А.М., Борисова Т.Б., Мазур В.В., Поланцевич Д.В.* Коморбидность и исход заболевания у пациентов с патологией органов дыхания **289**
87. *Раевнева Т.Г., Жаворонок С.В., Верлыго И.Э., Якута И.С.* Распространенность фиброза печени среди населения города Минска **291**
88. *Рыбина Т.М., Протасевич Д.В., Стахивич В.А.* Бронхоскопические признаки профессиональных заболеваний у работников, занятых в условиях воздействия промышленного аэрозоля **294**
89. *Рыбина Т.М., Исачкин В.П., Кардаш О.Ф., Данилова Т.К., Зайцев В.А., Дударева Н.И., Саевич Н.И., Цуканова О.В., Семижон С.Е., Савочкин В.С.* Роль элементного анализа волос в сохранении здоровья работников **296**
90. *Цзоу Ли, Раевнева Т.Г., Артишевская Н.И., Малюта Е.М., Якута И.С.* Факторы риска развития хронического панкреатита **300**
91. *Цыганкова О.А., Герменчук И.А., Крумкачева А.Ю., Гринева В.О., Колчева О.С.* Особенности развития силикоза на машиностроительном производстве **304**
92. *Януль А.Н., Саевич Н.И., Стахивич В.А., Гризуть А.Т.* Оценка результатов эндоскопии и гистологии верхних отделов пищеварительного тракта у мужчин с синдромом желудочной диспепсии при призыве на срочную военную службу **307**

РАЗДЕЛ 4. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

93. *Грекова Т.И., Сиваков А.П., Рыбина Т.М., Протасевич Д.В., Урбанович А.М.* Применение магнитотерапии, рефлексотерапии и надвенозного лазерного облучения крови в лечении производственно обусловленного хронического бронхита **313**
94. *Лукашевич В.А., Сиваков А.П., Манкевич С.М.* Научные основы адаптивной кинезитерапии **316**
95. *Манкевич С.М., Грекова Т.И., Лукашевич В.А., Слесаревич Н.С., Руденко Ю.А.* Сочетанная рефлексотерапия дорсалгий - зональная низкочастотная магнитоакупунктура **321**
96. *Манкевич С.М., Грекова Т.И., Сиваков А.П., Протасевич Д.В., Подсадчик Л.В., Урбанович А.М.* Ударно-волновая рефлексотерапия в лечении плечелопаточного периартрита **324**
97. *Маркова А.Г., Полевечко Г.Н.* Лабораторное обследование при аллергических заболеваниях **327**
98. *Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И., Урбанович А.М.* Фармакорексотерапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника **331**

99. Седун В.В., Завада Н.В., Терещенко Т.С., Шорох С.Г., Тарасик Л.В., Дронь П.С., Стахивевич В.А., Хваленов Д.В. Эндоскопические методы диагностики патологии гепатикохоледоха	333
100. Седун В.В., Григуть А.Т., Шорох С.Г., Тарасик Л.В., Дронь П.С., Козик Ю.П., Якута И.С., Семенюк Ю.А. Эндоскопические методы коррекции патологии гепатикохоледоха	336
101. Селянинова А.Е. Магнитолазерная терапия в восстановительном лечении больных артериальной гипертонией с сопутствующими метаболическими нарушениями	340
102. Селянинова А.Е. Применение общей магнитотерапии в комплексном лечении остеоартроза у пожилых больных	343
103. Сиваков А.П., Манкевич С.М., Подсадчик Л.В., Грекова Т.И., Лукашевич В.А. Современные тенденции развития традиционной восточной медицины и рефлексотерапии	346
СОДЕРЖАНИЕ	348