

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»



ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ

Сборник научных трудов
Выпуск 5 (143)

Материалы
Международной научно-практической конференции
«ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ – ВЫСШЕЕ БЛАГО ОБЩЕСТВА»
19 декабря 2017 года

Луганск
2017

УДК 575.8:573.2:612.112.95

Главный редактор

д.мед.н., проф. Я.А. Соцкая

Сборник рекомендован к печати Ученым советом ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» (протокол № 11 от 07.12.2017).

Каждая работа, представленная в сборнике, обязательно рецензируется независимыми экспертами - докторами наук, специалистами в соответствующей области медицины (биологии, иммунологии, генетики, экологии, биохимии, фармации, иммунофармакологии и др.).

ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

Свидетельство о госрегистрации КВ №10276 от 12.08.2005 г.

© ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», 2017

UDC 575.8:573.2:612.112.95

**PROBLEMS OF ECOLOGICAL AND MEDICAL
GENETICS AND CLINICAL IMMUNOLOGY
Volume 143, № 5**

Editor in Chief

prof. Ya.A. Sotska, M.D., Sci.D.

The collection of scientific articles was recommended for print by Academic Council of SAINT LUKE LSMU (proceeding № 11 from 07.12.2017).

Each article introduced in this collection is necessarily reviewed by independent experts - Doctors of Sciences, specialists in the applicable area of medicine (biology, immunology, genetics, ecology, biochemistry, immunofarmacology and other).

ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

© SAINT LUKE LSMU, 2017



Редакционная коллегия

д.мед.н., проф. **Е.Ю. Бибик** (Луганск); д.мед.н., проф. **В.Н. Волошин** (Луганск); д.мед.н., проф. **Л.Н. Иванова** (Луганск); д.мед.н., проф. **Г.А. Игнатенко** (Донецк); д.мед.н., проф. **В.И. Коломиец** (Луганск); д.хим.н., проф. **С.Г. Кривоколыско** (Луганск); д.мед.н., проф. **В.И. Лузин** (Луганск); д.мед.н., проф. **Т.В. Мироненко** (Луганск); д.мед.н., проф. **И.В. Мухин** (Донецк); д.мед.н., проф. **Ю.Г. Пустовой** (Луганск); д.мед.н., проф. Рачкаускас (Луганск); д.мед.н., проф. **Т.А. Сиротченко** (Луганск); д.мед.н., проф. **В.В. Симрок** (Луганск); д.мед.н., проф. **Я.А. Соцкая** (Луганск); д.мед.н., проф. **Т.П. Тананакина** (Луганск); д.биол.н., проф. **С.Н. Федченко** (Луганск).

Editorial Board

prof. **E.Yu. Bibik**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **L.M. Ivanova**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **V.N. Voloshin**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **G.A. Ignatenko**, M.D., Sci.D. (Donetsk); prof. **V.I. Kolomiets**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **S.G. Krivokolysko**, Chem.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **V.I. Luzin**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **T.V. Mironenko**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **I.V. Mukhin**, M.D., Sci.D. (Donetsk); prof. **Yu.G. Pustovoy**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **T.A. Sirotchenko**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **V.V. Simrok**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **Ya.A. Sotska**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **T.P. Tananagina**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **S.M. Fedchenko**, Biol. D., Sci.D. (Lugansk)



Дорогие коллеги!

Мы издали сборник Ваших трудов. Каждая работа отражает Ваш научный потенциал, решающий какую-то долю большой научной проблемы.

Ваши научные труды – это показатель нашей совместной научной деятельности – народов Донбасса и Российской Федерации. Конференция «ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ – ВЫСШЕЕ БЛАГО ОБЩЕСТВА» прошедшая 19 декабря под эгидой Интеграционного комитета «Россия-Донбасс» не только подвела итоги научной деятельности за последние 3 года, но и расширила новые перспективы научных открытий, а самое главное способствовала сближению народов Донбасса и Российской Федерации, укреплению побратимских связей между образовательными организациями Луганской, Донецкой Народных Республик и регионов Российской Федерации.

Ректор профессор Симрок В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ - ВЫСШЕЕ БЛАГО ОБЩЕСТВА

<i>Азаб Хусейн Ахмед, Торба А.В.</i> Значение пункционной биопсии для предоперационной оценки первичного рака.....	10
<i>Давидчук А.В., Рачкаускас Г.С., Радионова С.И.</i> Влияние антраля на клеточное звено иммунитета у детей и подростков с зависимостью от психоактивных веществ.....	17
<i>Пархомчук Д.С.</i> Основные задачи Здравоохранения и медицинского образования Луганской Народной Республики.....	26
<i>Сидоренко Ю.В.</i> Адаптогены растительного происхождения в медицинской реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством.....	36
<i>Силищев И.П., Паламарчук Ю.Д., Безродный Д.Н., Валиев О.А.</i> Клинический случай лечения тяжелой преэклампсии.....	41
<i>Симрок В.В., Удовика Н.А.</i> Опыт ведения беременности при холестазе.....	47

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

<i>Алесинский М. М., Налетова Е. Н., Налетов С. В.</i> Корреляционная связь психотипичности и уровня артериального давления у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса.....	54
<i>Баранов И.Г., Абаишин Э.В.</i> Динамика использования фармакоинвазивных технологий при инфаркте миокарда с подъемом интервала ST в Луганской Народной Республике.....	56
<i>Баскаков И. Н., Гаврилова Л. А., Скачко О. Н.</i> Динамика показателей клеточного звена иммунитета у больных рецидивирующей розеи.....	58
<i>Белая И. Е., Коломиец В. И.</i> Влияние базисного лечения на электродвижущую силу сердца у больных с инфарктом миокарда, сочетанным с неалкогольной жировой болезнью печени.....	59
<i>Берест И. Е., Приставко Т. М.</i> Роль вегетативной нервной системы в патогенезе рецидивирующих носовых кровотечений.....	61
<i>Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Мякоткина Г.В., Стрекозова И. П., Дубовая Л.И., Степаненко Т.И., Сивцова М.А.</i> Особенности течения хронической обструктивной болезни легких в сочетании с ишемической болезнью сердца.....	62
<i>Воробьев К. П., Митрохин К. В.</i> Изменение показателя автокорреляционной функции на этапах предоперационного и интраоперационного анестезиологического введения.....	63
<i>Городник Г. А., Смирнова Н. Н., Герасименко А. С.</i> Мониторинг периперационной интенсивной терапии и анестезиологического обеспечения у больных со спонтанными субарахноидальными и паренхиматозными кровоизлияниями.....	65

Демьяненко Е. В., Соловьева И. В. Динамика изменений уровня фрагментированной дезоксирибонуклеиновой кислоты в почечной ткани при остром им-	
мобилизационном стрессе после введения мезенхимальных стволовых клеток.....	66
Крайнюк А. В., Ткачева М. Ю., Стадник А. Д., Ламонов Е. И., Мар-	
толог Л. Д. Отравление изониазидом у детей. Алгоритм оказания неотлож-	
ной помощи на догоспитальном этапе.....	69
Кузьменко А. Е., Шаталов А. Д., Дудин А. М., Межаков С. В., Коссе	
Д. М. Диагностика и лечение острого панкреатита.....	72
Кучеренко С. В. Пуrolаза. Время спасает жизнь.....	73
Литатникова А. С., Холина Е. В., Пилиева Е. А., Сысойкина Т. В., Си-	
доренко Ю. В. Особенности применения мексикора у больных с ишемиче-	
ской болезнью сердца.....	76
Мироненко Т. В., Василенко В. Н. Особенности амбулаторной реабили-	
литации пациентов, перенесших мозговые инсульты в ЛНР.....	77
Мироненко Т. В., Погорелова Г. А., Баскаков И. Н. Показатели цитоки-	
нового профиля у ВИЧ-инфицированных при острых менингоэнцефалитах.....	79
Налашко Ю. И., Стадник А. Д. Модифицированная премедикация у детей, пе-	
реживших активную фазу военного конфликта.....	82
Пустовая О. А. Особенности этиологических факторов ишемических	
инсультов в молодом возрасте.....	84
Рачкаускас Г. С., Ромашова Т. И., Радионова С. И., Кондуфор О. В.,	
Коришко И. Н., Бобык О. А., Булкина Н. Э. Дифференциальная диагностика и	
методы интенсивной терапии злокачественного нейрорептического синдрома...	86
Рачкаускас Г. С., Ромашова Т. И., Радионова С. И., Кондуфор О. В.,	
Коришко И. Н., Бобык О. А., Булкина Н. Э. Фебрильная шизофрения, кри-	
терии диагностики и лечения с применением электросудорожной терапии.....	88
Ребров Б. А., Блудова Н. Г., Благинина И. И., Некрасов Д. А., Ярцева С. В.	
Эффективность фортелизина в лечении острого коронарного синдрома по	
данным коронавентрикулографии.....	89
Соцкая Я. А., Хомулянская Н. И., Шаповалова И. А., Помников П. С.	
Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРВИ...	91
Стоянова О. А., Манищенков С. Н., Ткачева М. Ю., Решетило Н. В.	
Клинический эффект высокочастотной искусственной вентиляции легких	
у новорожденных с дыхательными расстройствами.....	93
Терещенко В. В., Кучеренко С. В. Рекомбинантная неиммуногенная	
стафилокиназа (фортелизин) в лечении острого инфаркта миокарда за	
2015 – 2017 годы.....	95
Торба А. В., Провизион Ю. А., Перцова Ю. Г. Опыт применения чрескожной	
эндоскопической гастростомии в Луганской Народной Республике.....	97
Шувалова Т. Н., Колчин Ю. Н. Влияние миокардиального цитопротек-	
тора мельдония на эффективность антиангинальной терапии у больных с ин-	
фарктом миокарда.....	98
Ярошевская О. Г., Бибики Е. Ю., Бибики В. В., Фролов К. А., Деменко	
А. В., Кривоколыско С. Г. Анальгетическая, антипиретическая и проти-	
вовоспалительная активность производных пиридо[2,1-б][1,3,5]тиадиазина....	100
Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии	

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА - ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Антонова А.Е., Горяникова И.Н. Исследование апоптотической активности клеток тимуса и селезенки у детей, рожденных женщинами, которые вели нездоровый образ жизни.....	104
Безкаравайный Б.А., Башкатова Л.В., Лейкина В.В., Ткаченко Л.В. Лечение острых вирусных и токсических гепатитов у детей с применением комплекса эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов.....	105
Безкаравайный Б.А., Терещенко Л.Н., Мараховская В.С. Некоторые механизмы регуляции водно-электролитного гомеостаза у недоношенных новорожденных.....	107
Безкаравайный Б.А., Терещенко Л.Н., Мараховская В.С. Особенности вскармливания недоношенных и маловесных детей после выписки из стационара...	108
Бобровицкая А.И., Безкаравайный Б.А., Захарова Л.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика хронических гепатитов у детей.....	117
Бугаенко О.А., Бондаренко Г.Г., Головченко Н.Н., Ткаченко Л.В. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей с диффузным нетоксическим зобом.....	119
Валиев О.А., Ценёва И.А., Ерёменко М.В., Руднева Т.И., Крикуленко С.И. Актуальность неонатального скрининга для Луганской Народной Республики.....	121
Валиев О.А., Ценёва И.А., Ерёменко М.В., Руднева Т.И., Крикуленко С.И. Случай перинатальной диагностики синдрома Патау.....	123
Головаченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Бугаенко О.А. Провоспалительные цитокины как критерий прогнозирования течения и исхода хронического гломерулонефрита у детей.....	125
Гринцов А.Г., Долгошапко О.Н., Пилюгин Г.Г., Матийцив А.Б. Лечение острого аппендицита у беременных в первом триместре.....	127
Ершова И.Б., Глушко Ю.В., Конейка И.А. Состояние здоровья младших школьников, испытавших стресс в результате военных действий.....	128
Ершова И.Б., Монашева М.Г. Оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у детей школьного возраста при энтеробиозе...	130
Ершова И.Б., Петренко О.В., Бортник О.А. Характер психовегетативных нарушений при лямблиозе.....	134
Капранов С.В., Тарабцев Д.В. Мониторинг заболеваемости детей и подростков, посещающих детские организованные коллективы.....	137
Кононенко О.В., Зинченко О.В. Морфологическая характеристика строения плаценты при задержке внутриутробного развития на 20-25 неделе гестации.....	142
Коробкова Е.А. Активная тактика ведения женщин в менопаузальном возрасте.....	143
Лисовская Т.В. Современный взгляд на проблему воспалительных процессов женских половых органов.....	145
Лохматова И.А., Ершова И.Б. Современные подходы к лечению аскаридоза у детей.....	149

Луговсков А.Д., Приземина И.Н., Знагован С.Ю., Козикова О.А. Статистический анализ болезней органов пищеварения у детей и подростков за 2014-2016 гг.....	150
Манищенкова Ю.А. Особенности лечения острой респираторной вирусной инфекции у беременных.....	152
Медведева В.В., Кучеренко Н.П., Гончарова Л.А. Современные факторы риска синдрома внезапной смерти грудных детей в Донецком регионе.....	153
Мельников А.Ю., Бондаренко С.В., Князева Н.А., Черных Л.Е., Сидорова Е.А., Байдала В.А. Межбольничная транспортировка пациенток с презклампсией.....	154
Налетов А.В., Налетов С.В., Баринова А.С. Уровень родительской комплаентности в лечении детей с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с H. Pylori, и причины влияющие на него.....	158
Осипова Т.Ф., Ершова И.Б. Болезнь Кароли у ребенка - трудности диагностики.....	160
Пеннер В.А., Борисенко В.В., Удовика Н.А., Воскобойникова Е.В. Вегетативные расстройства у больных миомой матки.....	163
Пошихонова Ю.В. Уровни кортизола у детей с функциональной диспепсией..	170
Провизион Л.Н., Шварёва Т.И. Генитальный герпес и беременность....	171
Радионов В.Г., Гусак О.С., Макагонова В.В. Роль нутриентов в формировании здорового потомства.....	173
Радионов В.Г., Гусак О.С., Хайминов Е.М., Жиливостова Ю.В. Ряд патогенетических звеньев атопического дерматита.....	174
Симрок В.В., Гордиенко Е.В., Брикман Е.Ю., Гусаковская О.В. Опыт профилактики репродуктивных потерь при гипотиреозе.....	175
Симрок В.В., Гордиенко Е.В., Валиев О.А., Жмурко Т.П., Краснопольская Е.Н. Интенсивная терапия массивной кровопотери в акушерстве: контроль за реанимацией.....	177
Симрок В.В., Попова И.А., Симрок Н.И. Особенности диагностики острых гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста..	180
Симрок В.В., Собина В.Ю., Докашенко Д.А., Качур Н.В., Андреевкова Е.В., Симрок-Старчева Д.В. Эпидемиологическая оценка опасности острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) для беременных женщин Луганского региона.....	182
Сиротченко Т.А., Бондаренко Г.Г., Бугаенко О.А. Аминокaproновая кислота в лечении острых респираторных вирусных заболеваний у детей.....	184
Соннов В.В., Сиротченко Т.А., Сульженко М.Ю. Актуальные вопросы здоровья детей в Луганской Народной Республике.....	186
Чумакова А.В., Письменная Е.А., Валиев О.А., Ткачева М.Ю., Решетило Н.В. Перспективы применения неинвазивной вентилиации легких у недоношенных новорожденных детей.....	190
Шестопалова А.Д. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении воспалительных заболеваний молочной железы.....	193
Ширина Т.В. Развитие сенсорной функции у детей в стрессовых условиях в зависимости от вида вскармливания.....	195
Щербинин А.В., Анастасов А.Г., Некрасов А.Д., Фоменко С.А. Хирургическая тактика лечения некротического энтероколита новорожденных	197
Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии	

**ЗДОРОВЬЕ
ЛЮДЕЙ -
ВЫСШЕЕ БЛАГО
ОБЩЕСТВА**

ЗНАЧЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Азаб Хусейн Ахмед, А.В. Торба

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» (Луганск)

*ГУ «Луганский республиканский клинический
онкологический диспансер» ЛНР*

Введение

Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) составляет около 6% от всех злокачественных новообразований и в большинстве случаев развивается на фоне цирроза [1]. К наиболее значимым факторам риска относят вирусные инфекции (гепатит В и С), воздействие алкоголя и афлатоксинов [2]. Макроскопически выделяют три варианта проявления опухолей: узловой, массивный и диффузный [3-5]. Гистологически выделяют шесть основных типов роста ГЦР: трабекулярный, псевдожелезистый, цирротический, солидный, фиброламеллярный, веретенноклеточный дифференцированный.

При УЗ-исследованиях проявления ГЦР вариабельны, что обусловлено наличием различных тканевых компонентов в опухолевой массе (фиброза, элементов некроза, кальцинатов, жировой ткани).

ГЦР отображаются на КТ в виде очагов (участков) пониженной плотности с четкими или нечеткими контурами (в зависимости от формы роста), с диффузным гетерогенным «усилением» в артериальную фазу и последующим вымыванием контрастного вещества к венозной и отсроченной фазам исследования [5, 6].

В типичных случаях ГЦР на МРТ характеризуются гипоинтенсивностью внутренней структуры в T1, ее повышенной интенсивностью в T2, диффузным гетерогенным «усилением» в артериальную фазу с последующим вымыванием контрастного вещества к венозной и отсроченной фазам исследования [5]. В венозную и отсроченные фазы можно наблюдать контрастирование истинной капсулы или псевдокапсулы (при их наличии). Сочетание вышеупомянутых признаков позволяет уверенно диагностировать данные опухоли даже без морфологической верификации, показанием к которой могут являться только атипичные формы ГЦР [5, 6].

ГЦР является одной из ведущих причин смертности от рака во всем мире. Частота ГЦР в развивающихся странах остается высокой, а заболеваемость в развитых странах постепенно возрастает. В настоящее время скрининг ГЦР состоит в изучении уровня альфа-фетопротейна (АФР) и проведения ультразвукового исследования. Однако эти методики скрининга не определяют тканевые особенности опухолей. Чувствительность скрининга по АФР очень ограничена, поскольку повышенный уровень АФР регистрируется при многих заболеваниях и не только печени [4, 5].

Фактором риска рецидива опухоли являются 6 основных типов роста ГЦР. Выживаемость пациентов после резекции ГЦР зависит от градации ГЦР. Следовательно, правильная гистологическая диагностика важна для соответствующего выбора терапевтической стратегии. В настоящее время трансплантация печени (ТП) является лучшей терапевтической стратегией для пациентов с ГЦР. Тем не менее, по «Миланским критериям» выбирают кандидатов для ТП без учета гистологии опухолей, лишь только на основе строгих макро-морфологических оценок. Очевидно, что получение гистологического заключения перед операцией может сыграть решающую роль в оценке биологического поведения опухоли и определении прогноза после ТП [7–9]. С помощью пункции режущей иглой (БРИ) под контролем УЗИ можно получить материал, достаточный для гистологического, цитологического и иммунологического исследования, биомолекулярного и рецепторного анализов ГЦР, расположенных в любых отделах печени.

Цель работы: настоящее исследование предпринято для оценки точности БРИ и методических особенностей предоперационной градации ГЦР у пациентов, которым планировалась резекция печени.

Материал и методы исследования

Находившиеся под нашим наблюдением 153 больные были включены в группу резекции печени при ГЦР по следующим критериям:

- Одиночный узел в печени.
- Проведение РБИ с гистологическим диагнозом, который проверен у каждого больного на операции.
- Локализация процесса в печени, которая была доступна для пункции режущей иглой под контролем УЗИ.

Были собраны стандартные клинико-патологические данные, включая возраст, пол, уровень АФР, размер опухоли, сосудистую ин-

вазию (макро- и микроскопическую), наличие цирроза и гистологический класс. Перед процедурой БРИ исследовалась коагулограмма.

БРИ проводили стандартными иглами калибра 19G с помощью автоматического пункционного устройства Bard Magnum под местной анестезией. Три «прохода» выполнялись в каждом случае с получением столбиков ткани из середины и боковых отделов визуализированной УЗИ «мишени». Весь процесс завершался в течение нескольких минут. Полученные столбики тканей размещались отдельно каждый в забуференный раствор формалина. Больные наблюдались в течение часа после окончания БРИ.

Гистологические препараты БРИ и резецированных ГЦК сопоставлялись. Степень патологического дифференцирования ГЦК распределялась с использованием классификации Эдмонсона-Штейнера [10, цит. по Shin et al., 2014]. G1-G2: хорошо дифференцированный; G3: умеренно дифференцированный; и G4: плохо дифференцированы ГЦК. Окрашивание гематоксилином и эозином проводили в соответствии со стандартным протоколом.

Чтобы изучить корреляцию между биомаркерами и гистологической классификацией ГЦК, срезы образцов РБИ, заключенных в парафин, окрашивалась антителом против Ki67.

Полученные результаты и их обсуждение

Мы обследовали 126 мужчин и 27 женщин. Средний возраст пациентов составлял $52,37 \pm 11,4$ года (диапазон: 26-89 лет), а средний размер опухоли был $5,57 \pm 3$ см (диапазон 2-15 см). Из 153 больных у 111 (72,5%) имелся цирроз печени. 124 (81%) перенесли вирусный гепатит В, а 5 (3,3%) – гепатит С. Лишь 24 пациента (15,7%) не отмечали никаких заболеваний печени в анамнезе. Из общей сложности, 39 пациентов (25,5%) имели уровни AFP > 400 нг / мл. Никаких осложнений БРИ нами не было зафиксировано в этом исследовании. Совпадение между предоперационной градацией ГЦР и окончательной оценкой резецированного препарата опухоли проводили с использованием 3-уровневой схемы оценки. Диагностическая точность при 1-ом пункционном доступе, 2-ом и 3-ем введении режущей канюли составила 73,9%, 81% и 86,3% соответственно. Очевидно, что общая точность постепенно возрастает вместе с увеличением количества получаемого материала из очага ГЦК. Кроме того, увеличивается степень согласованности между предоперационным и окончательным уровнем градации.

Для ГЦК размерами ≤ 3 см или $>3 - >5$ см не было обнаружено существенной разницы между диагностической точностью с одним, двумя и тремя «выстрелами» соответственно. Для ГЦК от >5 до ≤ 8 см точность одного «выстрела» составляла 63,3%, а второго и третьего – 81,8% и 84,8%. При размере ГЦК >8 см диагностическая точность 1, 2 и 3 забора материала составляла 62,1%, 69% и 75,8%. Следовательно, совпадение степени градаций опухоли между БРИ и хирургическими образцами было выше на ранней стадии (<3 см). Если ГЦК достигает размера ≤ 5 см один «выстрел» БРИ уже достаточен для получения высокой точности. Для гетерогенных опухолей (69 из 153 больных) было обнаружено, что увеличение количества пункций может значительно улучшить диагностическую точность БРИ. Диагностическая точность составляла 27,5%, 53,6% и 76,8% соответственно после 1, 2 и 3 «выстрелов».

При низко дифференцированных опухолях отдаленные результаты резекций неудовлетворительные. При сопоставлении по двухуровневой схеме классификации (хорошо и умеренно дифференцированная по сравнению с плохо дифференцированной) результаты диагностической точности не было различий между количеством «выстрелов» в мишень.

При сравнении БРИ и резецированной ГЦК по параметру внутриопухолевой дифференциации получены следующие результаты. При гомогенно дифференцированных процессах точность в разных пробах была практически одинаковой – 83, 88 и 85,7%. Напротив, при внутриопухолевой гетерогенности точность возрастала от первого до третьего «выстрелов» (55%, 72,5% и 87%).

Экспрессия Ki67 является важным показателем в диагностике новообразований, так как отражает их пролиферативную активность. Изучением уровней Ki67 в препаратах БРИ не выявлено различий в зависимости от гистологических градаций ГЦК.

Оценка гистологических особенностей ГЦР имеет решающее значение для оценки прогноза резекции [11, 12]. В настоящее время БРИ является одним из наиболее широко используемых методов определения показаний к оперативному лечению ГЦК. Поскольку большинство ГЦР имеет выраженную внутриопухолевую гетерогенность дифференцировки, то следует иметь материал из разных её участков. БРИ, хотя и является малоинвазивной процедурой, выполняется иглой большого калибра. Немаловажным является

изучение, какое количество «выстрелов» достаточно для обеспечения приемлемой точности диагностики и безопасности процедуры БРИ. Нами установлено, что этот параметр связан с количеством пункций, и БРИ обладает достаточной точностью в определении до операции градации степени злокачественности ГЦК на ранних этапах её развития (при размерах до ≤ 5 см). Одного «выстрела» при этом достаточно. Однако при опухолях, достигших размеров $>5 - \leq 8$ см, максимальная точность получается при 3 «выстрелах». При этом никаких осложнений не наблюдалось.

БРИ является единственным дооперационным методом для биопсии печени и гистологической оценки ГЦК. Однако, диагностическая точность БРИ, по данным опубликованных исследований, неодинакова. Так, Colecchia et al. (2011) сообщают о 91,4% и отсутствии осложнений БРИ при размерах «мишени» <5 см [13]. В то же время Pawlik et al. (2007) предлагают отказаться от предоперационной БРИ из-за её низкой чувствительности (34%). В этой работе также не получены положительные результаты по определению степени дифференцировки ГЦК [14].

Выводы

1. Диагностическая точность БРИ при ГЦК зависит от размера новообразования и числа «выстрелов» БРИ. При использовании трехуровневой градации злокачественности для опухолей ранних стадий (<5 см) результаты БРИ удовлетворительные.

2. Кроме того, при таких размерах ГЦК достаточно произвести один «выстрел» БРИ. Для опухолей ≥ 5 и <8 см два «выстрела» дают оптимальный результат для установления градации ГЦК.

Литература

1. Лукьянченко А.Б. Современная тактика распознавания новообразований печени. / А.Б. Лукьянченко, Б.М. Медведева. – М.: издат. Группа РОНЦ, 2015. – 184 с.
2. Malignant liver tumors: current and emerging therapies (ed.3) / P.A. Clavien, S. Breitenstein, J. Belghiti [et al.] // John Wiley and Sons. Inc. - 2010. – P. 482.
3. Salomao M. Recent advances in the classification of hepatocellular carcinoma. / M. Salomao, E. McMilen, J.H. Lefkowitz // Diagnostic histopathology. - 2012. - 18(1). - P. 37-45.
4. Management of people with intermediate-stage hepatocellular carcinoma: an attempted network meta-analysis / D. Roccarina, A. Majumdar, D. Thorburn, [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2017. – Vol. 10. – P. 3.

5. Management of people with early- or very early-stage hepatocellular carcinoma: an attempted network meta-analysis // A. Majumdar, D. Roccarina, D. Thorburn, [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2017. – Vol. 28. – P.3
6. Utility And safety of repeated ultrasound-guided core needle biopsy of focal liver masses / J.S. Kim, H.J. Won, S.J. Lee, [et al.] // *J. Ultrasound. Med.* – 2017. doi: 10.1002/jum.14358.
7. Fine needle aspiration in the diagnosis and classification of hepatoblastoma: Analysis of 21 New Cases / T. Vlajnic, H.J. Brisse, I. Aerts [et al.] // *J. Diagn Cytopathol.* – 2017. – Vol. 45(2). – P. 91-100.
8. Meta-analysis of determinants of survival following treatment of recurrent hepatocellular carcinoma / S. Erridge, P.H. Pucher, S.R. Markar, [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2017. – Vol. 104(11). – P. 1433-1442.
9. Salem A.I. Current technical aspects of oncological hepatic surgery / A.I. Salem, E.R. Winslow // *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* – 2017. – Vol. 16(2). – P. 147-154.
10. Adiponectin receptor expression predicts favorable prognosis in cases of hepatocellular carcinoma / E. Shin, Y.D. Yu, D.S. Kim, N.H. Won // *Pathology oncology research: POR.* – 2014. – Vol. 20(3). – P. 667-675.
11. Agni R.M. Diagnostic histopathology of hepatocellular carcinoma: A case-based review / R.M. Agni // *Semin Diagn Pathol.* – 2017. – Vol. 34(2). – P. 126-137.
12. Contribution of virtual biopsy to the screening of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: A pilot study / N. Poté, F. Cauchy, M. Albuquerque, [et al.] // *Liver Int.* – 2017. – doi: 10.1111/liv.13585.
13. Pre-operative liver biopsy in cirrhotic patients with early hepatocellular carcinoma represents a safe and accurate diagnostic tool for tumour grading assessment / A. Colechia, E. Scaioli, L. Montrone, [et al.] // *Journal of hepatology.* – 2011. – Vol. 54(2). – P. 300-305.
14. Preoperative assessment of hepatocellular carcinoma tumor grade using needle biopsy: implications for transplant eligibility / T.M. Pawlik, A.L. Gleisner, R.A. Anders, [et al.] // *Ann. Surg.* – 2007. – Vol. 245(3). – P. 435-438.

Резюме

Азаб Хусейн Ахмед, Торба А.В. Значение пункционной биопсии для предоперационной оценки первичного рака печени.

Целью работы было определение оптимального количества «выстрелов» для повышения точности параметров ГЦР до её резекции. У 153 больных ГЦК выполнена предоперационная БРИ под УЗИ-контролем. Данные гистологического исследования препаратов БРИ сравнивали с изучением резецированной ГЦК. Используя трехуровневую схему классификации (хорошо, умеренно и плохо дифференцированная ГЦК) для опухолей ≤5 см, точность БРИ не имеет существенных различий при трех «выстрелах». Для ГЦК >5 и ≤8 см увеличение их количества повышает точность диагностики (63,3%, 81,8% и 84,8% для 1,

2 и 3 «выстрелов» соответственно). В то же время, при ГЦК >8 см диагностическая точность (1, 2 и 3) составляла 62,1%, 69% и 75,8% соответственно. Точность БРИ при оценке степени злокачественности ГЦК, зависит от размера опухоли и количества биопсированного материала. Как минимум два «выстрела» должны быть выполнены, чтобы получить лучшую точность определения параметров ГЦК у больных с размерами её свыше 5 см.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярная карцинома, резекция печени, предоперационная диагностика, пункция режущей иглой.

Summary

Azab Hussein Ahmed, Torba A.V. *Value of needle biopsy for preoperative tumor assessment in hepatocellular carcinoma.*

Cutting needle biopsy (CNB) is one of the most widely used and generally accepted methods for diagnosing focal liver processes. Although many studies have evaluated the diagnostic accuracy of CNB in preoperative liver resection planning for HCC, there is no definitive decision to include CNB in the diagnostic complex. The aim of the work was to determine the optimal number of "shots" to improve the accuracy of the HCC parameters before resection. In 153 patients with HCC, a preoperative CBB under ultrasound control was performed. Histological data of the CNB were compared with the study of resected HCC. Using a three-level classification scheme (good, moderately and poorly differentiated HCC) for tumors ≤5 cm, the accuracy of CNB does not differ significantly with the three "shots". For HCC >5 and ≤8 cm, an increase in "shot" number raises the accuracy of diagnosis (63.3%, 81.8% and 84.8% for 1, 2 and 3 "shots" respectively). At the same time, with HCC > 8 cm, the diagnostic accuracy (1, 2 and 3) was 62.1%, 69% and 75.8%, respectively. The accuracy of CNB in assessing the degree of malignancy of HCC, depends on the size of the tumor and the amount of passes. At least two "shots" must be performed in order to obtain a better accuracy in determining the parameters of HCC in patients with a size of more than 5 cm.

Key words: hepatocellular carcinoma, hepatic resection, preoperative diagnosis, core-needle puncture biopsy.

Рецензент: д.мед.н., профессор Шкондин Л.А.

ВЛИЯНИЕ АНТРАЛЯ НА КЛЕТОЧНОЕ ЗВЕНО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.В. Давидчук, Г.С. Рачкаускас, С.И. Радионова
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Актуальность темы

Интоксикация организма психоактивными веществами (ПАВ) оказывает выраженное негативное влияние на функцию центральной нервной системы, внутренних органов, приводит к нарушению разных звеньев метаболизма [1, 3, 5, 6, 9, 11].

Употребление ПАВ способно оказать негативное влияние и на состояние клеточного звена иммунитета. В доступной литературе отсутствуют работы, посвящённые исследованию иммунного статуса у больных с зависимостью от ПАВ. Однако, изучение иммунных резервов у данного контингента больных необходимо для разработки методов адекватной коррекции, предшествующей или сопутствующей этиологической терапии, что обеспечивает более полноценное лечение [2, 12].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния препарата «Антраль» на состояния клеточного звена иммунитета у детей и подростков с зависимостью от ПАВ.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 152 подростка с зависимостью от ПАВ, в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст – $14,5 \pm 0,7$ лет). Все обследованные пациенты находились на лечении в Луганском областном наркологическом диспансере в период с 2011 по 2014 годы, где проходили стационарное лечение с последующим диспансерным наблюдением.

Наблюдаемые пациенты употребляли ПАВ (алкоголь – перорально; никотин, клей «Момент», бензин, толуол – ингаляционным путём). У всех обследуемых имело место комбинированное употребление ПАВ. Длительность зависимости от ПАВ у наблюдаемых подростков колебалась в диапазоне от 1 года до 6 лет (средняя продолжительность зависимости – $3,6 \pm 0,3$ года). Группу референтной

нормы составили 53 практически здоровых ребёнка и подростка в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст – $14,2 \pm 0,7$ лет).

С целью определения эффективности «Антраля» в комплексном лечении детей и подростков с зависимостью от ПАВ, все наблюдаемые пациенты были распределены на две группы: контрольную и опытную. Пациенты контрольной группы (73 человека, 48,0%) получали только базисное медикаментозное лечение, включавшее в себя: 1) дезинтоксикационную терапию (раствор глюкозы, реосорбилакт, натрия тиосульфата, мочегонные средства, вводимые парентерально); 2) назначение ноотропов перорально; 3) назначение неспецифических стимуляторов (экстракт левзеи перорально). Пациенты опытной группы (79 человек, 52,0%) наряду с базисным лечением дополнительно получали «Антраль», после еды 3 раза в день по 0,2 г на приём, в течение 4 недель.

У всех наблюдавшихся натошак брали кровь из вены локтевого сгиба для иммунологических исследований. Ввиду отсутствия статистически достоверных различий полученных биохимических показателей, в зависимости от возраста обследованных лиц, полученные результаты были объединены.

Работа выполнялась в соответствии с общепринятыми биоэтическими нормами с соблюдением соответствующих принципов Хельсинской декларации прав человека, Конвенции совета Европы про права человека и биомедицины и соответствующих законов Украины относительно проведения клинических и экспериментальных исследований. Все пациенты и подростки, составившие контрольную группу, дали согласие на обследование и участие в тестах, цифровые результаты которых вошли в данное диссертационное исследование.

Моноциты из периферической крови выделяли по методу Михеенко Т.В. (1987) и [8]. Лимфоцитов периферической крови получали с помощью центрифугирования на градиенте плотности фиколл-верографин 1,077. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови проводили чашечным методом. Определение количества Т-, В-лимфоцитов, Т-хелперов/индукторов, Т-супрессоров/цитотоксиков и натуральных киллеров проводили микролимфоцитотоксическим методом [10] с использованием моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD22 производства научно-производственного центра «Медбиоспектр» (Москва, Российская Федерация). Клетками-мишенями

для постановки реакции служили лимфоциты, цитотоксическими антителами – моноклональные антитела в разведении 0,1-0,2 мкг/мл. Определение функциональной активности CD16+-клеток проводили фотоэлектрокалориметрическим методом по выходу гемоглобина из лизированных эритроцитов при длине волны 610 нм [4].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Полученные результаты исследования и их обсуждение

Дополнительное использование «Антраля» в комплексной терапии детей и подростков с зависимостью от ПАВ выявило его позитивный эффект на показатели клеточного звена иммунитета указанных пациентов. Под влиянием «Антраля» происходило увеличение фагоцитарной активности моноцитов, увеличение количества популяций Т-, В-лимфоцитов, НК-клеток, субпопуляций Т-хелперов/индукторов и Т-супрессоров/цитотоксиков, цитотоксической активности НК-клеток, наступала более выраженная оптимизация иммунорегуляторного индекса CD4/CD8.

Результаты изучения влияния «Антраля» на клеточное звено иммунитета у детей и подростков с зависимостью от ПАВ приведены в таблице 1. Как следует из данных, представленных в таблице 1, использование «Антраля» в дополнение к базисному лечению стимулировало фагоцитарную активность моноцитов крови пациентов опытной группы. Это выражалось в увеличении как общего количества фагоцитирующих клеток (ФИ), так и в увеличении поглотительной способности моноцитов (ФЧ). Более детальный анализ показателей фагоцитоза позволил отметить следующее. ФИ моноцитов до начала лечения были существенно снижены как в контрольной, так и в опытной группах, и существенных различий между собой не имели, что свидетельствовало о сопоставимости указанных групп.

После курса лечения ФИ в контрольной группе составил $67,8 \pm 3,4\%$, что оказалось выше исходного уровня в 1,03 раза ($p > 0,5$) и оставалось ниже референтной нормы в 1,22 раза ($p < 0,05$). В опытной группе пациентов, получавших дополнительно «Антраль», ФИ моноцитов при завершении курса лечения оказался равен $79,4 \pm 4,0\%$, что не имело существенной разницы с показателем референтной нормы, и было в 1,17 раза выше аналогичного показателя в контрольной группе ($p < 0,05$). То есть, фагоцитарная активность моноцитов под влиянием «Антраля» значительно возросла.

Влияние «Антраля» на клеточное звено иммунитета у детей и подростков с зависимостью от ПАВ

Показатель	Референтная норма (n=53)	Группы пациентов с зависимостью от ПАВ (n=152)	
		Контрольная группа (n=73)	Опытная группа (n=79)
ФИ моноцитов, %	82,5 ±4,1	$\frac{65,6 \pm 3,3^{**}}{67,8 \pm 3,4^*}$	$\frac{64,8 \pm 3,3^{**}}{79,4 \pm 4,0\#}$
ФЧ моноцитов, у.е.	9,6 ±0,5	$\frac{7,6 \pm 0,4^{**}}{8,1 \pm 0,4^*}$	$\frac{7,4 \pm 0,4^{**}}{9,8 \pm 0,5\#}$
CD3+-лимфоциты, Г/л	1,8 ±0,07	$\frac{1,55 \pm 0,07^*}{1,61 \pm 0,07}$	$\frac{1,53 \pm 0,07^*}{1,86 \pm 0,08\#}$
CD4+- лимфоциты, Г/л	1,2 ±0,04	$\frac{1,04 \pm 0,04^{**}}{1,03 \pm 0,04^{**}}$	$\frac{1,02 \pm 0,04^{**}}{1,18 \pm 0,04\#}$
CD8+- лимфоциты, Г/л	0,57 ±0,03	$\frac{0,52 \pm 0,25}{0,54 \pm 0,25}$	$\frac{0,50 \pm 0,25}{0,59 \pm 0,3}$
CD4/CD8, у.е.	2,1 ±0,1	$\frac{2,00 \pm 0,08}{1,91 \pm 0,07}$	$\frac{2,04 \pm 0,08}{2,00 \pm 0,07}$
CD22+- лимфоциты, Г/л	0,45 ±0,02	$\frac{0,39 \pm 0,015^*}{0,41 \pm 0,02}$	$\frac{0,37 \pm 0,015^*}{0,47 \pm 0,02\#}$
CD16+- лимфоциты, Г/л	0,18 ±0,01	$\frac{0,16 \pm 0,006}{0,17 \pm 0,006}$	$\frac{0,16 \pm 0,006}{0,19 \pm 0,008}$
ИЦ НК-клеток, %	32,8 ±1,6	$\frac{26,5 \pm 1,0^{**}}{28,4 \pm 1,4^*}$	$\frac{25,7 \pm 1,0^{**}}{35,6 \pm 1,7\#\#}$

Примечание: 1) * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$. Р рассчитано по отношению к референтной норме; 2) # - $p < 0,05$; ## - $p < 0,01$; ### - $p < 0,001$. Р рассчитано по отношению к контрольной группе; 3) В числителе – до лечения, в знаменателе – после лечения.

Подобная позитивная динамика изменений под воздействием «Антраля» наблюдалась и для поглотительной способности моноцитов, о чём свидетельствовало выраженное увеличение ФЧ для этих клеток. Так, в конце курса лечения ФЧ моноцитов у реконвалесцентов опытной группы (пациенты получавшие дополнительно «Антраль»), увеличилось против исходного уровня в 1,32 раза ($p < 0,01$) и составило в среднем $9,8 \pm 0,5\%$. В то же время, в конце курса лечения ФИ моноцитов у реконвалесцентов контрольной группы, получавших только базисную терапию, возросло против исходного уровня в 1,07 раза ($p > 0,1$), оставшись в 1,19 раза ($p < 0,05$) ниже показателя референтной

нормы. По сравнению с аналогичным показателем в опытной группе степень снижения ФИ моноцитов в контрольной группе составила 1,21 раза ($p < 0,05$). То есть, поглотительная способность моноцитов крови у реконвалесцентов опытной группы была существенно выше, по сравнению с таковой в контрольной группе.

Под влиянием «Антраля» в крови пациентов опытной группы происходило также существенное увеличение абсолютного количества CD3+-лимфоцитов, тогда как у пациентов контрольной группы динамика позитивных сдвигов данной популяции лимфоцитов была значительно ниже. Так, в конце курса лечения абсолютное количество CD3+-клеток у реконвалесцентов контрольной группы составило в среднем $1,61 \pm 0,07$ Г/л, увеличившись тем самым против своего исходного уровня до начала лечения незначительно – в 1,04 раза ($p > 0,5$). Зарегистрированный показатель CD3+-лимфоцитов статистически достоверной разницы с аналогичным показателем референтной нормы не имел, но оставался ниже его в 1,12 раза.

У реконвалесцентов опытной группы абсолютное количество CD3+-клеток в конце курса лечения полностью нормализовалось, составив в среднем $1,86 \pm 0,08$ Г/л, что относительно исходного их уровня было выше в 1,22 раза ($p < 0,05$). Зарегистрированный показатель превосходил аналогичный в контрольной группе в 1,16 раза ($p < 0,05$), что свидетельствовало о выраженном иммуностимулирующем эффекте «Антраля».

Позитивное влияние «Антраля» наблюдалось также в отношении субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, что выражалось в существенном увеличении количества субпопуляции CD4+-лимфоцитов (Т-хелперы/индукторы), а также в оптимизации количества CD8+-лимфоцитов (Т-супрессоры/цитотоксики). В то же время, темп позитивных сдвигов субпопуляционного состава Т-клеток у реконвалесцентов контрольной группы существенно отставал от такого у реконвалесцентов опытной группы.

У пациентов контрольной группы, получавших только базисное лечение, абсолютное количество CD4+-лимфоцитов при завершении лечения составило в среднем $1,03 \pm 0,04$ Г/л, не изменившись по сравнению со своим исходным уровнем ($1,04 \pm 0,04$ Г/л), и оставаясь тем самым ниже показателя референтной нормы в 1,17 раза ($p < 0,01$).

У пациентов опытной группы, получавших дополнительно к базисной терапии «Антраль», абсолютное количество CD4+-

лимфоцитов при завершении лечения, полностью нормализовалось, и составило в среднем $1,18 \pm 0,04$ Г/л, оказалось выше своего исходного уровня до начала лечения в 1,16 раза ($p < 0,05$). По сравнению с аналогичным показателем CD4+-лимфоцитов у реконвалесцентов контрольной группы, превышение количества субпопуляции Т-хелперов/индукторов у реконвалесцентов опытной группы составило 1,15 раза ($p < 0,05$), что свидетельствовало о иммуностимулирующем эффекте «Антраля».

Абсолютное количество CD8+-лимфоцитов у пациентов обеих сравниваемых групп, как до начала лечения, так и после его завершения существенных различий между собой не имело. Однако степень прироста CD8+-лимфоцитов в контрольной и опытной группах значительно различалась, и была выше в опытной группе - 1,18 раза ($p < 0,05$), против 1,04 раза в контрольной группе ($p > 0,5$). То есть, под влиянием «Антраля» увеличение количества CD8+-лимфоцитов происходило значительно интенсивней, что также подтверждало иммуностимулирующий эффект данного препарата. Указанные позитивные изменения в субпопуляционном составе Т-лимфоцитов имели отражение и в иммунорегуляторном индексе – CD4/CD8. У реконвалесцентов опытной группы под влиянием «Антраля» коэффициент иммунорегуляции CD4/CD8 в конце курса лечения составил $2,00 \pm 0,07$ у.е., против $1,91 \pm 0,07$ у.е. у пациентов контрольной группы, что, однако, не смотря на позитивную динамику изменений статистически достоверной разницы не имело (степень различия – 1,05 раза, $p > 0,5$). Приведенные коэффициенты не имели также существенных различий и с аналогичным показателем референтной нормы, оставаясь ниже её в 1,05 и в 1,10 раза, соответственно.

Включение «Антраля» в комплекс лечебных мер у детей и подростков с зависимостью от ПАВ оказывало положительное влияние в популяцию В-лимфоцитов. Это выразилось в увеличении абсолютного их количества, которое статистически значимо превысило количество В-клеток у пациентов, получавших только базисное лечение. Так, если у реконвалесцентов контрольной группы абсолютный уровень CD22+-лимфоцитов в конце лечения составил $0,41 \pm 0,02$ Г/л, увеличившись против своего исходного уровня в 1,05 раза, что было не достоверно, и в 1,10 раза ниже показателя референтной нормы ($p > 0,05$), то у реконвалесцентов опытной группы абсолютное количество CD22+-лимфоцитов составило $0,47 \pm 0,02$ Г/л, что находилось в

пределах референтной нормы, а также было в 1,27 и в 1,15 раза выше исходного уровня и аналогичного показателя в контрольной группе, соответственно ($p < 0,05$ для обоих сравнений). Приведенный анализ свидетельствует о наличии иммуностимулирующего влияния «Антраля» на популяцию В-лимфоцитов.

Подобное влияние «Антраля» было отмечено и для популяции натуральных колеров – CD16+-лимфоцитов.

Абсолютное количество CD16+-лимфоцитов у пациентов обеих сравниваемых групп, как до начала лечения, так и после его завершения существенных различий между собой и с показателем референтной нормы не имело. Однако степень прироста CD16+-лимфоцитов в контрольной и опытной группах значительно различалась, и была выше в опытной группе – 1,19 раза ($p < 0,01$), против 1,06 раза в контрольной группе ($p > 0,5$). Кроме того, уровень CD16+-лимфоцитов у реконвалесцентов опытной группы превышал подобный показатель у реконвалесцентов контрольной группы в 1,12 раза, что, однако, статистически значимым не являлось ($p > 0,05$). То есть, под влиянием «Антраля» увеличение абсолютного количества CD16+-лимфоцитов происходило значительно интенсивней, что доказывало иммуностимулирующий эффект данного препарата.

Кроме увеличения в крови наблюдаемых пациентов абсолютно-го количества CD16+-лимфоцитов, происходило восстановление их цитотоксической активности, которая была подавлена вследствие употребления ПАВ. При этом восстановление цитотоксической способности CD16+-лимфоцитов под влиянием «Антраля» происходило наиболее интенсивно. Более детальный анализ полученных результатов исследования позволил отметить следующее.

У реконвалесцентов контрольной группы, получавших только базисную терапию, ИЦ НК-клеток при завершении курса лечения составил в среднем $28,4 \pm 1,4$ %, что было в 1,07 раза ($p > 0,1$) выше исходного уровня до лечения, но оставалось в 1,15 раза ниже показателя референтной нормы ($p < 0,05$).

У реконвалесцентов опытной группы, получавших дополнительно к базисной терапии «Антраль», ИЦ НК-клеток при в конце курса лечения полностью нормализовался и составил в среднем $35,6 \pm 1,7$ %. Это оказалось в 1,39 раза выше исходного ИЦ НК-клеток до лечения ($p < 0,001$), а также было в 1,25 раза выше аналогичного ИЦ НК-клеток, зарегистрированного в конце курса лечения у реконвалесцентов

контрольной группы ($p < 0,01$). Приведенный сравнительный анализ демонстрирует выраженное позитивное влияние «Антраля» на цитотоксическую активность популяции НК-клеток, преимущественно имеющих фенотип CD16+-лимфоцитов.

Выводы

1. У детей и подростков с зависимостью от ПАВ имеет место развитие иммунодефицитного состояния по клеточному звену иммунитета, проявляющегося угнетением фагоцитарной активности моноцитов; снижением общего количества CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD22+-лимфоцитов; уменьшением цитотоксической функции натуральных киллеров.

2. «Антраль» в лечении детей и подростков с зависимостью от ПАВ оказывал выраженное иммуностимулирующее действие, проявляющееся в увеличении фагоцитарной активности моноцитов крови, абсолютного количества популяций CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD22+- и CD16+-лимфоцитов, и цитотоксической функции НК-клеток. Использование только базисной терапии иммунные нарушения не устраняло.

Литература

1. Влияние алкогольной интоксикации на показатели врождённого иммунитета здоровых лиц / Л. И. Ульянова, Н. Б. Гамалея, А. Г. Берзина [и др.] // Наркология. – 2014. – №4. – С. 47 – 51.
2. Давидчук А.В. Основные принципы реабилитационно-профилактических программ для лиц детско-подросткового возраста при их зависимости от психоактивных веществ / А.В. Давидчук, И.В. Грабарь, С.Е. Казакова // Украинський медичний альманах. – 2013. – Том 16, №1. – С. 129 – 132.
3. Длительность употребления наркотических препаратов как фактор изменения показателей белкового обмена и клеточного цитолиза / Е. Н. Бычков, В. Б. Бородулин, Ю. Б. Барыльник [и др.] // Наркология. – 2014. – №6. – С. 56–63.
4. Зимин Ю.И. Спектрофотометрический метод оценки антителозависимой клеточной цитотоксичности. Характеристика эффекторных клеток человека, осуществляющих цитолиз эритроцитов барана / Ю.И. Зимин, С.В. Чуканов, Б.С. Коганов // Иммунология. – 1983. – № 3. – С. 79–82.
5. Интенсивность свободнорадикальных процессов и активность супероксиддисмутазы при хроническом алкогольном гепатите и применении препаратов, корригирующих уровень мелатонина / С. С. Попов, А. Н. Пашиков, К. К. Шульгин [и др.] // Наркология. – 2014. – №4. – С. 62 – 66.
6. Клинико-биохимическая оценка состояния здоровья детей, употребляющих психоактивные вещества / Е. И. Каширская, А. А. Джумагазиев, Л. А. Ташлыкова, [и др.] // Наркология. – 2014. – №3. – С. 39 – 49.
7. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / [Мень-

шиков В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. и др.] ; под ред. В.В. Меньшикова. – М. : Медицина, 1987. – 365 с.

8. Михеенко Т.В. Два метода получения обогащённой популяции моноцитов периферической крови / Т.В. Михеенко // Лабораторное дело. – 1987. – № 10. – С. 763 – 766.

9. Патрикеева О.Н. Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов / О. Н. Патрикеева, А. А. Овчинников, О. М. Кормилина // Наркология. – 2015. – №1. – С. 41 – 44.

10. Филатов А.В. Исследование субпопуляционного состава лимфоцитов человека с помощью панели моноклональных антител / А.В. Филатов, П.С. Багурин, Н.А. Маркова // Гематология и трансфузиология. – 1990. – № 1. – С. 16-19.

11. Effects of acute alcohol exposure combined with burn injury on immune cell population in various lymphoid organs / J. Rendon, X. Li. S. Mahbub, [et al.] // Alcohol. – 2009. – Vol. 43. – № 8. – P. 669.

12. Treatment of toxicity from amphetamines. - related derivatives. - and analogues: A systematic clinical review / J.R. Richards, T.E. Albertson, R.W. Derlet, [et al] // Drug and alcohol dependence. - 2015. - Vol. 150. - P. 1-13.

Резюме

Давидчук А.В., Рачкаускас Г.С., Радионова С.И. Влияние антраля на клеточное звено иммунитета у детей и подростков с зависимостью от психоактивных веществ.

Статья посвящена изучению влияния антраля на клеточное звено иммунитета у детей и подростков 12-16 лет с зависимостью от психоактивных веществ. Установлено, что антраль в лечении детей и подростков с зависимостью от психоактивных веществ оказывал выраженное иммуностимулирующее действие, которое проявлялось в увеличении фагоцитарной активности моноцитов крови, абсолютного количества популяций CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ и CD16+-лимфоцитов, и цитотоксической функции НК-клеток. Использование только базисной терапии в лечении пациентов с зависимостью от психоактивных веществ иммунные нарушения не устраняло.

Ключевые слова: фагоцитоз, лимфоциты, кровь, психоактивные вещества, антраль.

Summary

Davidchuck A.V., Rachkauskas G.S., Radionova S.I. The influence of antral on cellular immunity in children and adolescents with dependence on psychoactive substances.

The article is devoted to studying the influence of antral on cellular immunity in children and adolescents 12-16 years of age with dependence on psychoactive substances. Found that antral in the treatment of children and adolescents with dependence on psychoactive substances has a pronounced immunostimulating action, which resulted in the increase of the phagocytic activity of blood monocytes, the absolute number of populations of CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ and CD16+ lymphocytes, and cytotoxic function of NK cells. Using only basic therapy in the treatment of patients with dependence on psychoactive substances immune disorders not eliminated.

Key words: phagocytosis, lymphocyte, blood, psychoactive substances, antral.

Рецензент: д.мед.н. проф. Сиротченко Т.А.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Д.С. Пархомчук

*Департамент организации оказания медицинской помощи,
медицины катастроф, лицензирования и медицинского образования
Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики,*

Актуальность

Проблемам здравоохранения и медицинского образования в наше время уделяют пристальное внимание во всем мире, и, естественно, у каждой страны есть свой подход, понимание и методы решения появляющихся вопросов. Ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи неминуемо приводит к негативным социально-политическим последствиям, требует значительных дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала общества.

Данные статистики свидетельствуют, что по важнейшим показателям здоровья населения и наша Луганская Народная Республика, и Россия, уступают многим странам, и одной из главных причин такого положения является «неэффективность отечественного здравоохранения». В тоже время опыт стран с лучшими системами здравоохранения показывает, что для решения данной проблемы требуются не столько ресурсные инвестиции, сколько кадровые ресурсы. В этом плане, к сожалению, следует отметить, что последние годы в Украине аттестация специалистов-медиков, провизоров, работников санитарно-эпидемиологической службы на квалификационную категорию проводилась формально, а уровень обучения далеко не всегда стал соответствовать современным требованиям. При этом особенно низкий уровень профессиональной подготовки отмечался и еще существует среди руководящих кадров здравоохранения, что недопустимо в условиях быстроменяющихся технологий как в медицине и фармации, так и медицинском образовании.

Охрана здоровья населения составляет одну из основ конституционных гарантий Луганской Народной Республики (статья 34 Временного Основного закона (Конституции) Луганской Народной Республики). Мероприятия по охране здоровья населения включают в себя организацию здравоохранения, в том числе предоставление гражданам бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, финансирование государственных программ охраны и укрепления здоровья населения, реализацию мер по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, обеспечению экологического и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, развитию физической культуры и спорта.

Поэтому, совершенствование системы здравоохранения должно стать одним из главных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития нашей Республики, а состояние здоровья населения, в свою очередь, - важнейшая цель этого развития. Приоритетом сегодня должна стать модернизация системы здравоохранения и подготовки медицинских кадров, направленная, на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи для широких слоев населения нашей Республики.

Целью работы явился обобщенный анализ ситуации в системе здравоохранения в ЛНР и оценка общего уровня здоровья населения, а также обозначение основных тенденций его модернизации и системы подготовки медицинских кадров.

Полученные результаты и их обсуждение

Следует полагать, что и генетически и исторически человек обязан думать о том, чтобы его общество выжило (продолжалось); чтобы в стране рождались здоровые дети; чтобы в будущем эти дети были способны к нормальной общественной трудовой деятельности (создавать блага для себя и своих будущих детей); чтобы в будущем эти дети смогли создать семью и дать здоровое потомство. При этом результаты многочисленных исследований четко свидетельствуют о том, что основополагающим фактором, влияющим на здоровье человека, является его собственная (личная) ответственность за сохранение исходного уровня здоровья и образ жизни (рис. 1).

За последние десятилетия в современном обществе прогрессируют негативные тенденции в динамике основных параметров здоровья людей: рост болезней цивилизации; детской заболеваемости и числа

детей-инвалидов (а это будущий трудовой потенциал государства); имеет место утрата профилактической направленности медицины (расходы финансов преимущественно на лечение, когда в основе которого нередко лежат старые стандарты (койко-день, показатель оборота койки в стационаре) и не учитываются данные доказательной медицины); отсутствие маркетинга в медицине и, как следствие, сохранение неудовлетворенности людей качеством медицинских услуг.



Рис. 1. Группа факторов, влияющих на здоровье человека.

Важно остановиться на так называемых болезнях цивилизации или болезнях образа жизни. Итак, это болезни человека, возникшие в результате издержек научно-технического прогресса и вызванных ими деформаций окружающей среды в результате индустриализации и урбанизации [2]. Это анорексия и ожирение; рост смертности от сердечно-сосудистой патологии, раковые, психические (депрессии, суициды, фобии (страхи), эндокринные (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет) болезни; метаболические нарушения (ановуляции и бесплодие, атеросклероз, алкоголизм), болезни пищеварительной (гастриты, язвы) и дыхательной систем и др. На рис. 2 представлена структура общей смертности в ЛНР за 2016 год, которая отображает общие тенденции Республики и за прошлые годы.

Как известно, причинами болезней цивилизации является возрастающее загрязнение окружающей среды, уменьшение ареала естественных биогеоценозов, агломерация в городах, сидячий образ жизни, избыточное питание (хот-доги), психосоциальные нагрузки, интенсификация труда, злоупотребление психотропными

и антибактериальными средствами, увеличение количества, сложности и многообразия раздражителей и их влияний и др.

Структура общей смертности

- болезни системы кровообращения ■ новообразования
- болезни органов пищеварения ■ внешние причины
- болезни органов дыхания ■ другие причины

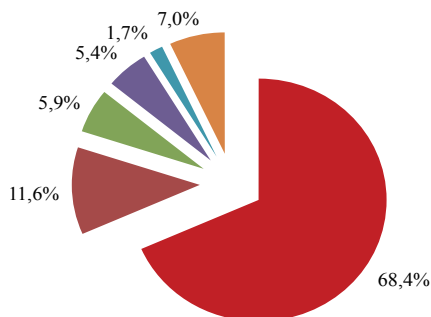


Рис. 2. Структура общей смертности населения ЛНР.

Наряду с этим особого внимания заслуживает состояние репродуктивного здоровья современных людей. Так, сегодня девушки, вступившие в детородный период, в 2 раза больше своих мам (то есть к этому периоду они уже имеют два и более хронических экстрагенитальных заболевания: гипертензия, цистит, анемия, пиелонефрит, шизофрения, эпилепсия и др., что не может не отразиться на зачатии и вынашивании детей). Увеличивается число молодых людей, начинающих рано курить; отмечается рост наркомании и токсикомании, а ранний сексуальный дебют обуславливает рост инфицирования ВИЧ, гепатитами и половыми инфекциями. К сожалению, несмотря на расширение затрат на пренатальную диагностику, сегодня продолжает расти число новорожденных с генетическими заболеваниями и врожденными пороками развития. А на смену подростковым абортam приходит бесплодие. Так, если раньше в 1 мл спермы определялось 10-20 млн сперматозоидов, то у сегодняшних подростков этот показатель снижен до 1 млн, что в 56% случаев является фактором бесплодия, а у современных девочек снизилось количество яйцеклеток [5].

С другой стороны, сегодня размеры финансирования здравоохранения не могут обеспечить население повсеместно бесплатными медицинскими

услугами, при этом имеющиеся финансовые и материальные ресурсы ЛНР используются далеко не всегда эффективно (ощутимая диспропорция в предоставлении медицинской помощи). В частности, ввиду отсутствия врача в районе/селе пациенты самостоятельно обращаются за помощью в республиканские больницы и диспансеры, которые по своей сущности должны быть сосредоточены на оказании специфической и высококвалифицированной помощи определенным категориям пациентов.

Все это ставит вопрос необходимости продуманной стратегии модернизации системы здравоохранения ЛНР в условиях незавершенного вооруженного конфликта, которую сможет разработать и воплотить команда современных единомышленников, не заангажированных на старых схемах и подходах в решении маркетинга в медицине. Так, особое внимание должно уделяться изучению вопросов организации доступности медицинских услуг для населения всей территории ЛНР и приоритетности их качества. Безусловно, пересмотра потребуют ныне существующие конечные показатели работы медицинских учреждений (работа койки, оборот койки, средний койко-день и др.), а также долгие годы существующая «кадровая сетка» поликлиник и стационаров. Исходя из этого, перспективным станет более широкое использование дневных форм пребывания пациентов в стационарах и необходимость создания межрайонных специализированных медицинских центров (как пример решения вопросов доступности медицинских услуг и упорядочения потока пациентов в учреждениях республиканского уровня).

Следует также отметить, что для качественного оказания медицинской помощи необходимо обеспечить непрерывность лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения. И это предполагает создание более высокого уровня управления учреждениями здравоохранения, когда любая работа по инновациям должна будет строиться, прежде всего, на убеждении руководителей, потому что именно руководители, как показывает опыт, создают мощный протестный слой.

Основными задачами для здравоохранения ЛНР являются:

- 1) инновации в науке и единство практики и науки;
- 2) увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний;
- 3) сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения с учетом доказательной медицины;

4) повышение эффективности использования материально-финансовых ресурсов в здравоохранении.

Приоритетными направлениями здравоохранения в ЛНР должны стать снижение заболеваемости туберкулезом, проведение иммунопрофилактики, повышение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями, здоровое долголетие (антиэйджинговая (антивозрастная) медицина), и, конечно, развитие новых биотехнологий. Обязательна разработка и внедрение в практику передовых форм и методов организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора, гигиенической и эпидемиологической экспертизы, и особенно перспективен - мониторинг здоровья людей и среды обитания человека.

Методами достижения указанных целей и задач должны быть 1) работа по единым клиническим протоколам, 2) честный ненаказательный аудит ошибок и 3) постоянные тренинги по оказанию помощи, особенно экстренной при жизнеугрожающих состояниях, что, безусловно, будет снижать смертность и инвалидизацию в обществе.

Опыт показывает, что многие медики сегодня не понимают того, что, как и чем лечили ранее, это сегодня не нашло доказательной базы. Доказательная медицина - подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности. Такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов [3].

Конечно, врачебное мастерство и внедрение современных технологий безусловно улучшают качество медицинской помощи, но не могут радикально изменить ситуацию в здравоохранении, уменьшить заболеваемость и не влияют на продолжительность жизни населения. Поэтому, вопросы сохранения исходного здоровья людей должны быть первоочередными как для здравоохранения, так и государства в целом.

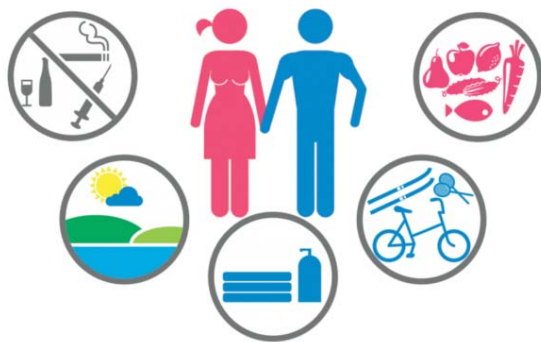
Мировой практикой доказано, чем ниже находится планка первичной медицинской помощи, тем более затратна и менее эффективна вся система здравоохранения [4]. Так, в странах с высоким уровнем развития медицины 80% больных начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях; в наших же учреждениях - 45 - 50% пациентов с патологией, не требующей первосте-

пенного внимания, получают помощь узких специалистов в учреждениях третьего уровня, при этом участковый терапевт зачастую выполняет функции диспетчера по распределению больных к узким специалистам и регистратора их мнений при отсутствии профилактической работы и диспансеризации.

Медицина большинства стран современного мира все больше сегодня ориентируется на профилактическую систему Н.Семашко (отечественная медицина с корнями русского земства). А опыт стран с высокой организацией здравоохранения показывает, что на смену болезнecентрической медицине (возможность исцеления организма) должна прийти медицина здравоцентрическая (здоровый старт жизни – возрождение здорового общества – сохранение исходного здоровья – здоровый образ жизни) (рис. 3).

Рис. 3. Схема здорового образа жизни.

В сложившихся социально-экономических и политических условиях переходного периода для ЛНР важное значение приобретает формирование государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки, а также повышение ответственности всех органов власти за реализацию этой политики. Исходя из этого,



сама по себе необходимость реформирования системы подготовки медика должна определяться стратегией развития здравоохранения в государстве, в частности, когда основным звеном при оказании в ЛНР медицинской помощи населению будет признаваться именно первичная медико-санитарная помощь.

Следует напомнить, что первичная медико-санитарная помощь населению может быть доврачебной (оказывается фельдшерами, аку-

шерами, медицинскими сестрами и другими специалистами среднего звена); врачебной (врачи терапевты, педиатры и стоматологи общей практики, семейные врачи общей практики) и первичной специализированной, которая оказывается врачами-специалистами других медицинских организаций (выездные консультации). При этом первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также обязательно включает подразделения, оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме (служба экстренной (скорой) медицинской помощи).

Учитывая все вышеизложенное, нельзя не упомянуть о медицинском образовании в ЛНР и задачах его оптимизации. При этом важно понимать, что пути реформирования медицинского образования в государстве исходят из целей модернизации здравоохранения, которые предусматривают по логике вещей повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения Республики. В данном случае речь идет о переходе высшего медицинского образования Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки (ректор – д.мед.н., профессор В.В.Симрок) на стандарты Российской Федерации, что уже обозначено в Законе об образовании ЛНР [1], когда выпускники медицинского университета после получения диплома о высшем медицинском образовании (специалитет) и проведения первичной аккредитации (сдача практического экзамена перед началом работы) приступят к самостоятельной практической работе врачами общей практики без интернатуры.

При этом актуальным становится и вопрос реформирования специалитета, возможно в сторону выделения на последнем году обучения в медицинском университете так называемой «субординатуры». При этом освоение студентами всех основных дисциплин, как вариант, планируется проводить в течение пяти лет, а на шестом курсе выделять несколько основных специальностей – хирургия, терапия, акушерство и гинекология, анестезиология и реаниматология (включая подготовку врачей скорой помощи), что позволит лучше подготовить выпускника к практической работе. В целом, перспективной должна стать подготовка врачей общей практики (терапевтов, педиатров, стоматологов), а также медиков службы экстренной (скорой) медицинской помощи, которые будут оказывать помощь на уровне амбулаторно-поликлинического звена, где кадровый дефицит специалистов особенно ощутим.

Далее, как мы полагаем, после отработки в первичном звене, часть врачей общей практики изъявит желание, и будет иметь на это право - подать соответствующие документы на обучение в ординатуре. Ординатура будет обязательной сферой последиplomного образования молодых врачей для получения узкой специализации. В этом плане будет перспективным отборочный этап, когда на обучение в ординатуре смогут рассчитывать те лица, кто успешно сдал все экзамены и прошел серьезное собеседование с докторами медицинских наук и профессорами. Это важно понимать, ибо стоимость обучения ординатуры возможно будет приравнена в среднем к трем годам оплаты в медицинском университете. А если сравнивать обучение в интернатуре и ординаторское обучение, то последнее подразумевает специализацию на выпуске врачей индивидуальной практики, и, конечно, соответствующее высокое качество оказания помощи населению. Обучение в ординатуре планируется от одного (гемотрансфузиология, например) до пяти лет (например, нейрохирурги, кардиохирурги, пластические специалисты и др.), что будет зависеть от специализации врача. Подготовка будущих медиков в ординатуре будет проводиться в соответствии с конкретными рабочими местами и с учетом запросов населения. Наряду с этим мы считаем перспективным решение задачи по совершенствованию системы планирования и подготовки таких специалистов здравоохранения, как клинический фармаколог, медицинский психолог, менеджер здравоохранения (в магистратуре), которые все больше становятся востребованными для построения успешной системы образования и здравоохранения в Республике. В целом, предлагается обучение более, чем по 80 специальностям в ординатуре.

Выводы

1. Мы считаем, что между здравоохранением и образованием должна существовать тесная преемственность. Так, при подготовке специалистов - медиков необходимыми станут профилактическая направленность медицины, первоочередное развитие медицины догоспитального этапа, активное участие населения в решении вопросов здравоохранения и повышение заинтересованности граждан в сохранении и укреплении своего здоровья, единство медицинской науки и практики.
2. В связи с переходом на новые стандарты обучения перед медицинским университетом и Минздравом ЛНР на перспективу встанет, конечно, задача открытия собственной университетской клиники и

полноценного сертифицированного симуляционного центра. Безотлагательного решения потребует вопрос оплаты труда медиков, которые начнут работать без интернатуры, остро встанет вопрос о повышении социальной защищенности медиков первичного звена.

Литература

1. Закон об образовании Луганской Народной Республики от 30.09.2016 № 128-П
2. Оганян М.В. Экологическая медицина - путь будущей цивилизации. Практика оздоровления. – Изд-во «Концептуал», 2015.
3. Основы доказательной медицины: Уч. пособ. для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / Под общ. ред. акад. РАМН, проф. Р.Г. Оганова. – М.: Силиция-Полиграф, 2010. – 136 с.
4. Симрок В.В. Перспективы высшего медицинского образования в Луганской Народной Республике: предпосылки и условия реформирования / В.В. Симрок, Н.А.Удовика, В.В. Бибик // Обучение и воспитание: методика и практика 2016/2017 учебного года: сб. матер. XXX Международной научно-практич.конф. Часть 2. – Новосибирск, 29 ноября, 20 декабря, 2016 / Под общ. Ред. С.С.Чернова – С. 254-259.
5. https://studopedia.ru/9_160694_sostoyanie-zdorovya-molodezhi.html

Резюме

Пархомчук Д.С. Основные задачи здравоохранения и медицинского образования Луганской Народной Республики.

В работе представлены обобщенный анализ ситуации в системе здравоохранения в ЛНР, отражена оценка общего уровня здоровья населения, а также обозначены основные тенденции модернизации здравоохранения и системы подготовки медицинских кадров. Указаны пути достижения указанных целей в развитии здравоохранения и медицинского образования.

Ключевые слова: Луганская Народная Республика, здоровье населения, болезни цивилизации, медицинское образование, пути модернизации.

Summary

Parhomchuk D.S. Main tasks of health care and medical education of the luhansk people's republic.

The paper presents a generalized analysis of the situation in the health care system in the LPR, reflects an assessment of the overall health level of the population, and outlines the main trends in the modernization of health care and the system of training medical personnel. The ways of achieving these goals in the development of health care and medical education are indicated.

Key words: Lugansk People's Republic, public health, diseases of civilization, medical education, ways of modernization.

Рецензент: д.мед.н., проф. Луговсков А.Д.

**ВЛИЯНИЕ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСЕ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

Ю.В. Сидоренко

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Введение

В современных условиях в клинике внутренних болезней часто встречается сочетанная патология, которая является одной из наиболее сложных проблем современной медицины [2, 8, 9].

По данным клинико-эпидемиологических исследований установлено, что в условиях промышленных регионов, в частности Донбассе, в 20-25% случаев у больных с патологией сердечно-сосудистой системы, наблюдаются хронические поражения бронхолегочной системы, в том числе хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) [3,4, 6,7]. В последнее время в связи с проведением АТО у больных с сочетанной патологией отмечаются проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [10].

Целью исследования было определение эффективности использования адаптогена растительного происхождения (герботон) в медицинской реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством.

Материалы и методы исследования

Под диспансерным наблюдением после проведения основного курса лечения находилось 94 человека в возрасте от 32 до 59 лет (женщины - 60,0%, мужчины - 40,0%). Верификацию диагнозов осуществляли согласно Приказу МЗ Украины № 128 (2007) для ХОБЛ [1]; Приказу МЗ Украины № 436 (2006) и рекомендациям Европейского общества кардиологов (2014) – для ИБС; МКБ 10 – для ПТСР. У больных с сочетанной патологией была диагностирована ХОБЛ

II стадии (легкая степень) при $ОФВ_1 > 80\%$; $ОФВ_1 / ФЖЕЛ < 70\%$ и клинически - при наличии хронического кашля и выделения небольшого количества слизистой мокроты.

Качество жизни (КЖ) больных с сочетанной патологией определялось с помощью опросника «MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey» (SF-36). Психодиагностические методики включали: тест для выявления признаков соматизации (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15); шкалу депрессии Зунга; опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера - Ханина, которая позволяет определять уровень тревоги в настоящее время (реактивная тревога как состояние) и личностной тревожности (как стабильной характеристики человека), опросник отношения к болезни (внутренняя картина болезни), шкалу госпитальной тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); наличие и выраженность депрессии оценивали по шкале Бека.

Больные методом случайной выборки были разделены на две группы - I (57 человек), которая в периоде медицинской реабилитации получала герботон внутрь, за 30 мин до приема пищи, по 30 капель, разведенных в 50 мл воды, 2 раза в день (утром и днем) на протяжении 3 недель и II (37 человек), которым назначали только общепринятые средства [5]. Выбор герботона был продиктован его свойствами: оказывать общетонизирующее действие и повышать неспецифическую резистентность организма. Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof и Statistica.

Полученные результаты и их обсуждение

У больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС наблюдались проявления ПТСР. При анализе жалоб до и после медицинской реабилитации установлено, что назначение растительного адаптогена способствовало уменьшению продолжительности проявлений ПТСР. Так, под влиянием применения герботона в I группе сокращалась продолжительность умственной и физической утомляемости в среднем на $4,2 \pm 0,2$ суток ($p < 0,01$), сердцебиения - на $3,8 \pm 0,4$ суток ($p < 0,05$); раздражительности и тревожности - на $3,6 \pm 0,2$ суток ($p < 0,01$), ликвидация эмоциональной лабильности происходила на $8,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) суток раньше по сравнению с больными II группы. Кроме того, назначение герботона способствовало более длительной клинической ремиссии у больных I группы.

После проведения медицинской реабилитации у больных I группы жалобы на тревожность, немотивированную грусть сохранялись лишь у 16%, тогда как во II группе - у 62% ($p<0,01$); утомляемость - у 28,3% и 55,2% ($p<0,05$) соответственно. У 77,9% пациентов I группы, которые дополнительно получали герботон, отсутствовали жалобы на сердцебиения, ощущение жара или холода. В то же время у больных во II группе этот показатель был существенно меньше (44,7%; $p<0,05$). После завершения медицинской реабилитации у 84,6% больных I группы уровень тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS составлял в среднем $6,2\pm1,8$ баллов, депрессии - $7,1\pm0,4$ баллов, что свидетельствовало об отсутствии тревоги и депрессии. В то же время только у 36,1% больных II группы наблюдалось отсутствие тревоги и депрессии (средний балл составил $11,4\pm2,0$ и $8,7\pm1,4$ баллов соответственно; $p<0,05$).

После проведения медицинской реабилитации с использованием растительного адаптогена герботона у 87,2% больных I группы при опросе по шкале Спилбергера-Ханина отмечался низкий уровень тревожности, у 11,3% - умеренный, высокий уровень - не зарегистрирован. У больных II группы, которым для медицинской реабилитации назначались традиционные препараты, низкий уровень тревожности был зарегистрирован в 21,9%, умеренный - в 63,7%, высокий - в 14,4% случаев.

В конце реабилитационных мероприятий у всех пациентов I группы по данным анкетирования по шкале Зунга депрессивная симптоматика отсутствовала; во II группе сохранилась в 28,7%, при этом у 8,0% пациентов - средней степени.

В конце медицинской реабилитации в I группе больных наблюдалось увеличение количества пациентов с гармоничной оценкой своего состояния согласно опросника отношения к болезни (с 33,2% до 76,4%), тогда как во II группе положительная динамика была более «скромной» (с 34,0% до 48,6%; $p<0,05$).

После медицинской реабилитации были получены данные о достоверном повышении КЖ у больных I группы по всем шкалам опросника SF-36. Так, данные суммарного измерения опросника («Физический компонент здоровья (Physical health - PH)» и «Психологический компонент здоровья (Mental Health - MH)») составляли $50,4\pm1,3$ (норма - $53,7\pm1,2$) и $46,5\pm1,4$ (норма - $47,6\pm1,6$) соответственно, в то время как во II группе - $41,8\pm1,2$ и $39,7\pm1,5$ соответственно ($p<0,05$).

Выводы

1. Адаптационное действие герботона у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством проявлялось достоверным снижением признаков посттравматического стрессового расстройства: улучшением настроения, ликвидацией депрессивной симптоматики, повышением толерантности к физической нагрузке и улучшением качества жизни пациентов.

2. В дальнейшем считаем перспективным изучить антиоксидантные эффекты герботона в комплексе медицинской реабилитации у больных с коморбидной патологией.

Литература

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под ред. А. С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 92 с.
2. Функционально-структурные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких в сочетании с ишемической болезнью сердца / А.Г. Чучалин, И.Л. Горелик, Е.Н. Калманова, З.Р. Айсанов // Пульмонология. – 2010. – № 1. – С.100–105.
3. Шальнова С.А. Распространенность ИБС в сочетании с другими неинфекционными заболеваниями в популяции взрослого населения / С.А. Шальнова // Сочетанная патология внутр. болезней. – 2015. – Т. 38. – С. 5–14.
4. Ячник А.И. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, діагностика, клініка, лікування / А.И Ячник // Журнал практичного лікаря. – 2004. – №4. – С. 21–26.
5. Cazzola M. Comparative effectiveness of drugs for chronic obstructive pulmonary disease / M. Cazzola, A. Segreti, P. Rogliani // Drugs Today (Barc). – 2012. – Vol. 48 (12). – P. 785–794.
6. Chronic obstructive pulmonary disease and sudden cardiac death: the Rotterdam study / L. Lahousse, M.N. Niemeijer, M.E. van den Berg, [et al.] // Eur. Heart J. – 2015. – Vol. 36 (27). – P. 1754–1761.
7. Ford E.S., Capewell S. Proportion of the decline in cardiovascular mortality disease due to prevention versus treatment public health versus clinical care / E.S. Ford, S. Capewell // Ann. Rev. Public Health. – 2011. – Vol. 32. – P. 5–22.
8. Rabinovich R.A. Chronic obstructive pulmonary disease and its comorbidities / R.A. Rabinovich, W. MacNee // Br. J. Hosp. Med. (Lond). – 2011. – Vol. 72 (3). – P. 137–145.
9. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity [Electronic resource] / J.L. St Sauver, C.M.

Boyd, B.R. Grossardt [et al.] // *BMJ Open*. – 2015. – Vol. 5. – P. e006413. – Doi: 10.1136/bmjopen.

10. Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-compulsive, Post-traumatic Stress Disorders / B. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander [et al.] // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2008. – Vol. 9(4). – P. 248-312.

Резюме

Сидоренко Ю.В. Влияние адаптогенов растительного происхождения в комплексе медицинской реабилитации на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством.

Адаптационное действие герботона у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством проявлялось достоверным снижением признаков посттравматического стрессового расстройства и улучшением качества жизни пациентов.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, посттравматическое стрессовое расстройство, медицинская реабилитация, герботон.

Summary

Sydorenko Y.V. *Adaptogens of plant origin in medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with coronary heart disease and post-traumatic stress disorder.*

The adaptive effect of herboton in patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with coronary heart disease and post-traumatic stress disorder was manifested by a significant decrease in signs of post-traumatic stress disorder and an improvement in the quality of life of patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease, post-traumatic stress disorder, medical rehabilitation, herboton.

Рецензент: д.мед.н., проф. Соцкая Я.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

И.П. Силищева, Ю.Д. Паламарчук, Д.Н. Безродный, О.А. Валиев

*Перинатальный центр ГУ «Луганская Республиканская клиническая
больница» ЛНР*

Актуальность

Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей, частота преэклампсий составляет 2,8%. Ежегодно во всем мире более 50 000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений связанных с АГ. В развитых странах 12-18% они являются второй непосредственной причиной ante- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случаев. Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество последующей жизни женщины (высокая частота атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний), а частота нарушения физического, психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, также как и риск развития в будущем у них соматических заболеваний, то это проблема является значимой в социальном и медицинском плане [1].

Цель работы на примере клинического случая показать возможности улучшения результатов диагностики и ведения пациентов с преэклампсией.

Материалы и методы исследования

Пациентка 1996 г.р. (21год). Поступила в ургентном порядке в ГУ «ЛРКБ» ПЦ ЛНР в 2017 году. С жалобами на отсутствие зрения, головную боль, тошноту, рвоту, АД 170/110 мм рт.ст. С диагнозом: III Беременность 27 недель. Преэклампсия тяжелой степени на фоне ВСД по кардиальному типу.

На момент осмотра: Состояние пациентки тяжелое, обусловлено острой церебральной недостаточностью. Сознание нарушено до уровня оглушения (по ШКГ 13 б.) Глазные щели прикрыты, зрачки D=S, фотореакция сохранена, движение глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексy D>S. С/м Бабинского

положительный справа. Менингеальных знаков нет. Жалобы на отсутствие зрения, головную боль, тошноту, рвоту. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Выраженные отеки стоп и голеней. Температура тела в норме.

Внешнее дыхание и газообмен не нарушены. ЧДД – 18 в 1 минуту, SpO₂ – 98% атмосферным воздухом. Сog – деятельность ритмична. Гемодинамика по гипертензивному типу, АД на цифрах 170/110 мм рт. ст., Ps = Чсс – 92 в 1 минуту.

Живот безболезненный, увеличен в объеме за счет беременной матки. Матка в нормотонусе, ЧСС плода 145 в 1 минуту. Мочеиспускание через мочевого катетер, диурез снижен.

Клинико – лабораторно:

Клин. ан. крови: Hb – 124 г/л, Эр. – $4 \cdot 10^{12}$ г/л, Тр. – $268 \cdot 10^9$ г/л, Лейк. – $4,8 \cdot 10^9$ г/л, П – 2%, С – 59%, Э – 1%, л – 35%, м – 3%.

Биохимич. ан. крови: Общий белок – 59 г/л, альбумин 26 г/л, мочевины – 2,6 ммоль/л, креатинин 67,3 мкмоль/л, АлАт – 20 Ед/л, АсАт – 25 Ед/л.

Протеинурия в разовой порции мочи – 1г/л.

Консультирована смежными специалистами:

Офтальмологом – Объективно: Зрачки D=S, реакция на свет сохранена, на глазном дне диски зрительных нервов отечные, границы ступеваны, в макулярной, парамаккулярной области отсутствует макулярный рефлекс, вены широкие, полнокровные, извитые, артерии узкие. Заключение: Нейроретинопатия сетчатки, отечная форма обоих глаз.

Кардиологом – Заключение: преэклампсия тяжелой степени.

Невропатологом – Заключение: ОНМК в области левой СМА? Рекомендовано СКТ.

УЗИ ОБП, ЗП – Заключение: Диффузные изменения печени и почек, поджелудочной железы. УЗИ плода – Беременность 27 недель, без нарушения кровотока в a.umb.

На основании заключений смежных специалистов выставлен клинический диагноз: III Беременность 27 недель. Преэклампсия тяжелой степени на фоне ВСД по кардиальному типу. Нейроретинопатия сетчатки, отечная форма обоих глаз. Диффузные изменения печени и почек. Согласно тяжести состояния пациентки принята тактика ведения – досрочное родоразрешение в экстренном порядке путем операции кесарево сечения.

Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой ПЭ [2].

Показатель	Умеренная	Тяжелая
АГ (при двукратном измерении с перерывом 4-6 часов)	$\geq 140/90$ мм рт.ст.	$> 160/110$ мм рт.ст.
Протеинурия	$> 0,3$ но < 5 г/л (сут.)	> 5 г/л (сут.)
Неврологические (церебральные) симптомы: головные боли, нарушения зрения («мелькание мушек перед глазами») и др.	отсутствуют	+/-
Диспептические расстройства: тошнота, рвота	отсутствуют	+/-
Боли в эпигастрии	отсутствуют	+/-
Олигурия	отсутствуют	< 500 мл/сут. (менее 30 мл/ч);
Задержка роста плода	-/+	+/-
Аntenатальная гибель плода	-	+/-
Отек легких	-	+/-
Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся);	-	+/-
Нарушение функции печени	отсутствует	повышение АЛТ, АСТ
Тромбоциты	норма	< 100 тыс. $\times 10^9$ /л
Гемолиз	отсутствует	+/-
Креатинин	норма	> 90 мкмоль/л

Выполнено: Лапаратомия. Кесарево сечение в нижнем сегменте по Гусакову. В операционной: АД на цифрах 170/ 110 мм рт. ст. Выполнена постановка 2-х периферических катетеров (18G). С целью коррекции АГ было введено – Урапидил (25 мг в/в). После введения данного α -адреноблокатора – давление на цифрах 150/80 мм рт. ст. Оперативное вмешательство выполнено в условии общей поликомпонентной анестезии с ИВЛ эндотрахеальным методом. Премедикация: Анальгин 50% – 2,0; Ондансетрон – 8 мг; Фентанил 0,005%– 1 мкг/кг, Атропин 0,1% – 0,2 мл. Индукция: Тиопентал Na – 4 мг/кг в/в, (вес женщины 70кг); Миорелаксация: Рокуроний 1% – 0,6 мкг/кг. Поддержание анестезии: Тиопентал Na (2 мг/кг); Сибазон 0,5%

– 10 мг; Фентанил 0,005% – 2мкг/кг. В интраоперационном периоде проводилась магнезиальная терапия $MgSO_4$ 25% – 1г/час (4 мл/час), объем инфузионной терапии составил 10мл/кг (кристаллоиды).

Результат операции: Роды II преждевременные в сроке 27 недель, осложненные, оперативные. Преэклампсия тяжелой степени на фоне ВСД по кардиальному типу. Нейроретинопатия сетчатки, отечная форма обоих глаз. Диффузные изменения печени и почек.

В послеоперационном периоде: Переведена в отделение анестезиологии с койками интенсивной терапии. Проводилась продленная ИВЛ в режиме нормовентиляции, в первые часы после родоразрешения с целью определения неврологических нарушений были отменены миорелаксанты и гипнотики. Клинически – повышенная судорожная готовность. Учитывая данное состояние показана продленная ИВЛ в режиме нормовентиляции. После стабилизации состояния проведено СКТ головного мозга.

СКТ – Заключение: катаральный этмоидит слева. Очаговых изменений головного мозга не выявлено.

Консультирована окулистом в динамике – Объективно: Зрачки D=S, реакция на свет сохранена, на глазном дне диски зрительных нервов, макулярная область – менее отечные, вены широкие, полнокровные, извитые, артерии узкие. Заключение: нейроретинопатия сетчатки, отечная форма обоих глаз. Слабая положительная динамика.

Критерием экстубации послужило отсутствие судорожной готовности, положительная динамика на глазном дне, данные СКТ.

По окончании эффекта седативных, угнетающих дыхание препаратов, полного восстановления сознания, отсутствия судорожной готовности, восстановления защитных рефлексов, самостоятельного дыхания и стабильной гемодинамики – экстубирована (на 5 сутки). Состояние пациентки тяжелое, стабильное. Сознание ясное, адекватно, доступна продуктивному контакту, ориентирована верно. Неврологического дефицита нет. Жалобы на слабость. Нарушения зрения нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледно - розовые. Сохраняется пастозность стоп и голеней. Температура тела в норме. Внешнее дыхание и газообмен не нарушены. ЧДД – 16 в 1 минуту, SpO₂ – 98% атмосферным воздухом. Сог – деятельность ритмична. Гемодинамика на цифрах 130/90 мм рт. ст., Ps = Чсс – 81 в 1 минуту. Живот умеренно чувствителен при пальпации в области п/о раны. Послеоперационный рубец в удо-

влетворительном состоянии. Матка плотная с четкими контурами. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Мочеиспускание через мочевого катетер, диурез адекватный.

Клинико – лабораторно: Клини. ан. крови: Hb – 116 г/л, Эр. – $3,6 \cdot 10^{12}$ г/л, Тр. – 347 г/л, Лейк. – $10 \cdot 10^9$ г/л, П – 3%, С – 74%, Э – 1%, л – 19%, м – 3%. Биохимич. ан. крови: Общий белок – 68 г/л, мочевины – 2,7 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, АлАт – 0,13 ммоль/л, АсАт – 0,1 ммоль/л. Протеинурия в разовой порции мочи – 0,135 г/л.

Интенсивная терапия: Нейропротекторная терапия: $MgSO_4$ 25% – 1 г/час (4 мл/час), L-лизина эспенат – 10 мл 1 р./сут.

Гипотензивная терапия: Допегит 500 мг 3 р./сут., Амлодипин – 10 мг 1 р./сут., инфузия Урапидила (100 мг + 50,0 мл р-ра NaCl 0,9%) – 4,5 мл/час (под контролем АД). Утеротоники: Окситоцин – 5 в/м 2 р./сут. Спазмолитическая терапия: Но-шпа – 2,0 3 р./сут. Антибактериальная терапия – Цефтриаксон – 4 г/сутки, Метрогил – 500 мг 3 р./сут. Диуретики: Торсид. Инфузионная терапия: 10-12 мл/кг (полиэлектролитными сбалансированными растворами кристаллоидов). Энтеральное питание.

Выводы

1. Использование в повседневной клинической практике предложенных в данной статье единых принципов интенсивной терапии тяжелой преэклампсии позволит улучшить качество оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам и снизить материнскую смертность от осложнений в ЛНР.

2. При тяжелой форме преэклампсии в основе генерализованного отека мозга лежит ишемически-реперфузионное повреждение головного мозга. В тех случаях, когда преобладает ишемия появляется очаговая неврологическая симптоматика. Примером в нашей статье послужило нарушение зрения, «корковая слепота», вследствие спазма сосудов в бассейне задней мозговой артерии, которая отвечает за зрение.

4. Вокруг очага ишемии с необратимыми структурными нарушениями, существует жизнеспособная часть повреждения, которая восстанавливается при быстрой нормализации перфузии.

5. Таким образом своевременно и высококвалифицированная оказанная помощь помогает предотвратить полную потерю зрения (отслойку сетчатки) и сохранить жизнь женщине.

Литература

1. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве: редкие случаи и нестандартные ситуации (по материалам конгресса «Анестезия и ре-

нимация в акушерстве и неонатологии»): Сборник докладов / Под ред. А.В. Пырегова, Р.Г. Шмакова – Владивосток, Мор. гос. ун-т, 2016. – 236 с.

2. Особенности анестезии и интенсивной терапии критических состояний в акушерстве и гинекологии / А.И. Грицан, Г.В. Грицан, А.П. Колисниченко [и др.]. – Красноярск: ООО «Электробыттехника», 2013. – 382 с.

3. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: диагностики и лечение / под ред. М. Пирлмана, Дж. Тинтиналли, П. Дин; пер. с англ. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2017. – 499 с.

4. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 784 с.

5. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 800с.

6. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве: руководство для врачей / Е.А. Ланцев, В.В. Абрамченко. – 3-е изд. – М.: МЕД пресс-информ, 2013. – 624 с.

7. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. Издание второе, дополненное и переработанное / Под редакцией А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. – М.: Медицина, 2017. – 688 с.

8. Офтальмология: учебник / Г.Д. Жабоедов, Р.Л. Скрипник, Т.В. Баран [и др.]; Под ред. чл. – корр. НАМН Украины, проф. Г.Д. Жабоедова, д-ра мед. наук, проф. Р.Л. Скрипник. – К.: Медицина, 2011. – 448 с.

Резюме

Силищева И.П., Паламарчук Ю.Д., Безродный Д.Н., Валиев О.А. Клинический случай лечения тяжелой преэклампсии.

Выполнен анализ результатов лечения пациентки с тяжелой преэклампсией. Показаны особенности коррекции гемодинамических и метаболических нарушений способствующие отеку головного мозга, диска зрительного нерва, отслойки сетчатки. Наиболее эффективным для лечения преэклампсии является использование магниальной, антигипертензивной, противоотечной терапии и решение о срочном родоразрешении.

Ключевые слова: преэклампсия, отек головного мозга, отслойка сетчатки, интенсивная терапия.

Summary

Silishcheva I.P., Palamarchuk Yu.D., Bezrodny D.N., Valiev O.A. Clinical case of treatment of heavy preeclampsia.

An analysis of the results of treatment of a patient with severe preeclampsia was performed. The features of correction of hemodynamic and metabolic disorders promoting edema of the brain, optic nerve disk, retinal detachment are shown. The most effective for the treatment of preeclampsia is the use of magnesia, antihypertensive, anti-edematous therapy and the decision on urgent delivery.

Key words: pre-eclampsia, cerebral edema, retinal detachment, intensive therapy.

Рецензент: д.мед.н., проф. Симрок В.В.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ**В.В.Симрок, Н.А.Удовика***ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»***Введение**

Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) или внутрипеченочный холестаз беременных – относительно доброкачественное заболевание печени, проявляющееся зудом кожи, в сочетании с умеренной холестатической желтухой [2, 5]. ХГБ чаще развивается в III триместре и, как правило, быстро исчезает после родов. Частота данного состояния - 1:2000–6000 случаев [2]. Доказано также, что существенная роль в развитии ХГБ принадлежит генетически обусловленной повышенной чувствительности к эстрогенам [2, 5]. Повышение содержания эстрогенов к концу беременности в норме усиливает синтез холестерина в печени. Но если у женщины печень очень чувствительная, она может негативно отреагировать на эти гормоны беременности. Это приводит к нарушению образования и выделения желчи, когда ее отвод в кишечник уменьшается и наступает угроза накопления солей желчи и кислот в крови (холемия) [2].

Длительная холемия способствует резкому нарушению энергетического обмена в печени, гипоксии, нередко с появлением цитолитического компонента и геморрагического синдрома, что неблагоприятно влияет на беременность, провоцирует преждевременные роды и развитие ДВС [1, 2, 5]. Как правило, при морфологическом исследовании ткани печени выявляются минимальные сдвиги в виде признаков центрлобулярного холестаза (наличие желчных тромбов, расширение желчных капилляров, желчный пигмент в гепатоцитах), тогда как некробиотические и воспалительные изменения отсутствуют [1, 2, 5]. Опыт показывает, что постоянный зуд кожи, а также вышеуказанные риски холемии (мертворождение) обосновывают необходимость принимать меры, улучшающие качество жизни таких беременных, и проводить своевременное родоразрешение в интересах плода.

Целью работы явилось изучение течения беременности и исходов родов у первобеременных с ХГБ.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 15 первобеременных с ХГБ (возраст $32 \pm 3,5$ года) в III триместре беременности ($34,4 \pm 1,2$ недели гестации). Пациентки с наличием маркеров вирусных гепатитов из выборки были исключены. Все они постоянно проживали в регионах Донбасса; однако занятых на промышленных производствах и в сфере сельского хозяйства не было (для исключения токсического воздействия на печень). Все беременности у обследованных пациенток наступили естественным путем. Течение беременности до момента появления зуда было физиологическим, а антенатальный уход осуществлялся по клиническим стандартам. Изучались клинические особенности заболевания, особенности течения беременности и родов.

Полученные результаты и их обсуждение

Все обследованные пациентки с ХГБ жаловались на зуд кожи (pruritis), всегда усиливающийся ночью. В среднем через 1-2 недели после манифестации кожного зуда почти у всех них появилась слабо выраженная желтуха, которая сохранялась до родов. У 10 из 15 человек имели место нерезко выраженная тошнота; у всех обследованных - умеренная слабость и раздражительность; у 5 - снижение аппетита; у 2 - неприятные ощущения в правом подреберье. Показательно, что величина и консистенция печени у обследованных беременных не изменялись, равно как у них не было выявлено спленомегалии. Наряду с этим у 5 отмечалось незначительное потемнение мочи, тогда как случаев обнаружения белого кала не было.

Гравидограмма от момента диагностики ХГБ до родов соответствовала норме у всех обследованных беременных, что косвенно указывало на адекватный рост матки, а значит - и рост плода. Что касается результатов оценки состояния плода, то все наблюдаемые пациентки шевеления плода до родов отмечали «как обычные».

Т.о., необходимости в проведении рутинного ультразвукового исследования фетоплацентарного комплекса в III триместре до появления зуда у всех обследованных не было. Далее всем беременным из-за усиления кожного зуда было проведено данное исследование. При этом выявлено, что биофизический профиль плода составлял 8-10 баллов, размеры плода соответствовали таковым для данного срока гестации, а по оценке состояния кровотока в сосудах пуповины (доплерометрии) патологических кровотоков не выявлялось.

Принимая во внимание, что на сегодняшний день отсутствуют доказательства целесообразности рутинного применения стрессо-

вой и нестрессовой кардиотокографии (КТГ) до родов в качестве проверки благополучия плода при беременностях, даже высокого риска [4, 6], данный метод для исследования мы не использовали. Напомним, что применение метода показано только при внезапном уменьшении шевелений плода, при дородовом кровотечении и состояниях, связанных с риском для плода (преэклампсия, декомпенсация диабета). Однако 5 женщин с ХГБ настояли на проведении КТГ. При этом базальный ритм был в пределах 120-140 уд/мин в спокойном состоянии и 130-190 уд/мин – при шевелениях плода (норма); вариабельность ритма составляла 10-20 уд/мин (пределы нормы), а у 2-х пациенток имели место очень короткие и неглубокие децелерации; перехода децелераций в стойкую брадикардию не было. Акцелерации составили 3-4 за 10 мин (пределы нормы).

Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы позволяло констатировать расширение внутрипеченочных желчных ходов и изменение акустической плотности печени. При биохимическом исследовании крови («печеночные пробы») у обследованных пациенток с ХГБ выявлено умеренное повышение активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в среднем в 2-3 раза ($1,92 \pm 0,04$ МЕ/л и $1,86 \pm 0,08$ МЕ/л соответственно; $P < 0,05$). Имело место снижение коэффициента де Ритиса (АСТ/АЛТ) в среднем до $0,97 \pm 0,08$ (при норме $2,14 \pm 0,08$; $P < 0,01$). Маркерами холестаза в сыворотке крови явились повышенный уровень щелочной фосфатазы (1240 ± 42 при норме 100-290 Ед/л; $P < 0,01$) и γ -глутамилтранспептидаза (772 ± 34 МЕ/Л при норме 11-50 МЕ/л; $P < 0,01$), а также увеличение уровня прямого билирубина (до $16 \pm 2,5$ мкмоль/л при норме до 3,4 мкмоль/л; $P < 0,05$) и концентрации желчных кислот (хенодезоксихолевой, литохолевой и дезоксихолевой). В крови также выявлены лейкоцитоз и повышение СОЭ. У 2-х пациенток обнаружены LE-клетки. Все эти изменения указывали на наличие мезенхимально-воспалительного синдрома. В моче были выявлены желчные пигменты и уробилин.

Всем беременным с ХГБ мы рекомендовали использовать успокаивающие кремы с календулой и ромашкой на участки кожи, где отмечался зуд; одевать вещи из натуральных тканей, легких и «дышащих»; не выходить на улицу в жару. Полезным для большинства был успокаивающий чай или отвар мяты. Советовали также соблюдать диету: полностью исключить жареную и жирную пищу, потребление молочных продуктов. Также проводили беседы о необходимости избегать нервные перенапряжения, которые патогенетически могут

усиливать зуд. Индивидуальный анализ показал, что хобби (рисование, вязание, игра на виолончели, чтение любимой книги и др.) большинству пациенток помогало отвлекаться от заболевания и зуда.

Наряду с этим все пациентки также принимали урсофальк (урсодеоксихолевая кислота); капсулы рекомендовали принимать целиком, не разжевывая и запивая необходимым количеством воды. Препарат оказывает цитопротективный и холеретический эффекты, вытесняя желчные кислоты, всасывание которых в кишечнике тормозится. Гепатопротекторы мы не назначали ввиду того, что они могут усугубить холестаз, вызывая «запирательный» эффект билиарного полуса гепатоцита [1, 3, 5]. Напомним, что для лечения ХГБ не доказана эффективность использования и других лекарственных средств (пентоксифиллин, тивортин, глутаргин, пирацетам, раствор глюкозы и аскорбиновой кислоты, рибоксин, спазмолитики и др.) [1, 4, 6].

На фоне рекомендованных мероприятий у большинства пациенток зуд периодически снижался, улучшался сон, но через 1-2 дня состояние вновь усугублялось. Явной стабилизации состояния к 36 недели удалось достичь только у 2-х беременных, еще у 5 – были дни улучшения и дни ухудшения, а у остальных зуд оставался изнуряющим. Исходя из того, что холемия может быть причиной мертворождения, лечебные воздействия нами проводились до того времени, пока легкие плода не достигнут зрелости (как правило, до 36 недель), чтобы после родоразрешения ребенок мог выжить вне утробы матери. Поэтому с родоразрешением мы старались не затягивать, если они сами не начинались к этому времени.

Показаний к elective кесаревому сечению на момент начала родовой деятельности не было. Все женщины изъявили желание рожать вагинальным путем, причем преимущественное большинство из них – в присутствии избранного партнера (мать, сестра, муж, тетя, подруга). У 4-х пациенток родовая деятельность началась самостоятельно в среднем на $36 \pm 1,3$ недели гестации; у остальных – 11- выполнена индукция родов. Показанием к индукции родов явились отсутствие родовой деятельности по достижению полных 36 недель от первого дня последней менструации и сохраняющийся зуд и другие симптомы ХГБ. Предлежащей частью во всех случаях была головка плода. Состояние всех плодов на момент индукции родов с учетом биофизического профиля оценено 8-9 баллов. Обязательным было получение согласия от беременной на индукцию родов; они нахо-

дились в квалифицированных акушерских стационарах, с возможностью контроля за сократительной деятельностью матки и состоянием плода. Показательно, что у всех 5 этих беременных на момент родовозбуждения шейка матки оценена как «зрелая» (8-10 баллов по Бишопу), что нами расценивалось как естественное стремление организма на фоне ХГБ к избавлению от беременности для снижения нагрузки на печень. Родовозбуждение начиналось с амниотомии, далее родовой процесс мониторировался по партограмме, как и при самопроизвольно начинающихся родах [1, 4, 6].

У всех рожениц произошли вагинальные роды. Дистресс плода не отмечен. Родоусиление применено только в 4-х случаях (показание партограммы). Длительность I периода родов составляла в среднем $15,8 \pm 1,4$ ч, II периода родов – $85,5 \pm 10,2$ мин. Родились дети массой 2900 ± 130 г с оценкой по Апгар 7-8 баллов. Средняя кровопотеря составила 350 ± 100 г ($0,37 \pm 0,08\%$), что было в норме.

У 3-х детей, рожденных от матерей с индукцией родов и родоусилением, в раннем неонатальном периоде имела место гипербилирубинемия, что потребовало фототерапии. Послеродовый период у наблюдаемых родильниц протекал гладко. Симптомы зуда у 14 исчезли в течение 1-2-х дней после родов, у 1-й родильницы - к 7-му дню (уже дома); желтуха исчезла в течение 10-12 дней. Однако у 2-х пациенток, плохо реагирующих на лечение до родов, после родов в течение 2-х суток зуд усиливался, что сочеталось с повышением уровня АЛТ и АСТ и снижением коэффициента де Ритиса. По-всей видимости, это было связано с выбросом эстрогенов. Индивидуальный анализ показал, что эти пациентки в родах получали родоусиление окситотической смесью.

Все родильницы с детьми были выписаны домой на 5-7-е сутки после родов в удовлетворительном состоянии на фоне четкой тенденции к нормализации показателей печени (в первую очередь, активности аминотрансфераз, что свидетельствовало об отсутствии цитолиза и риска кровотечения). Им рекомендовалось продолжить принимать успокоительные чаи, избегать стрессов, соблюдать диету. Дальнейшая контрацепция с применением эстрогенов не рекомендовалась [2, 3, 6]. Мы также не рекомендовали мини-пили.

Через год диспансерного наблюдения установлено, что матери фактически жалоб не предъявляют; данные УЗИ органов гепатобилиарной системы и поджелудочной железы без отрицательных

изменений; биохимические показатели крови в норме. Дети, рожденные от матерей с ХГБ, развиваются нормально.

Выводы

Таким образом, своевременная коррекция во время беременности и контроль времени родоразрешения позволило временно улучшить качество жизни беременных и не допустить мертворождения.

Литература

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е.Радзинского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-1200 с.
2. Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И. Внутрипеченочный холестаз // Укр. мед. часопис. – 2012. - №3(89). – С.79-83.
3. Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И. Лекарственные поражения печени // Укр. мед. часопис. – 2014. - №1(99). – С. 80-84.
4. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д.Ю.Хофмейер, Д.П. Нейлсон, З.Алфирович и др.. / Под общ. ред. Т.Г.Сухих. Пер. с англ. В.И. Кандрора, О.В.Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
5. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. – 168 с.
6. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.

Резюме

Симрок В.В., Удовика Н.А. *Опыт ведения беременности при холестазах.*

Целью работы явилось изучение течения беременности и исходов родов у первобеременных с холестатический гепатоз беременных (ХГБ). В работе приведены наблюдения за 15 первобеременных с ХГБ (возраст $32 \pm 3,5$ года) в III триместре беременности ($34,4 \pm 1,2$ недели гестации). Показаны особенности течения беременности, родоразрешения, раннего послеродового периода и диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: холестатический гепатоз беременных, клиника, лечение.

Summary

Simrok V.V., Udovika N.A. *Experience in managing pregnancy with cholestasis.*

The aim of the study was to study the course of pregnancy and the outcomes of labor in the first-pregnant women with cholestatic hepatosis of pregnant women (CHP). In this study, observations were made of 15 primigravidae with CHP (age 32 ± 3.5 years) in the trimester of pregnancy (34.4 ± 1.2 weeks gestation). Features of the course of pregnancy, delivery, early postpartum period and dispensary observation are shown.

Key words: cholestatic hepatosis of pregnant women, clinic, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. Лещинский П.Т.

**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
НЕОТЛОЖНОЙ
МЕДИЦИНЫ**

УДК 616.12-008.331.1-085+615.252.349.7

М.М.Алесинский, Е.Н.Налётова, С.В.Налётов
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ПСИХОТИПА ЛИЧНОСТИ
И УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА
ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк, ДНР
naruto249945@mail.ru

M.M. Alesinsky, E.N. Nalotova, S.V. Nalotov
THE CORRELATION OF PSYCHOTYPE OF PERSONALITY AND
LEVEL OF ARTERIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION HYPERTENSION WHO LIVE ON THE TERRITORY
OF THE DONBASS

Donetsk National Medical University n. a. M. Gorky, Donetsk, DPR

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) во многом определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности, которая в большинстве экономически развитых стран составляет более 50-55% в структуре общей летальности (Т. Н. Тимофеева и др., 2009; Е. Н. Романова и др., 2017). Осложнения АГ нередко могут быть фатальными. Наиболее частыми из них являются инфаркт миокарда (ИМ) и мозговые инсульты (МИ) (Н. Ю. Журавская, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, 2015). В подавляющем большинстве случаев (90-95%) причина АГ не может быть установлена. Тогда АГ определяется как первичная или гипертоническая болезнь (ГБ). Отсутствие установленной причины возникновения ГБ не позволяет обеспечить этиотропное лечение данного заболевания. Этот факт во многом определяет эмпирический подход к выбору лекарственной терапии ГБ (А. С. Чирин, 2016; Am. J. Med, 2014; P. A. Wolf, 2012). Лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных ГБ, а её эффективность зависит от многих факторов. Чаше причина недостаточного гипотензивного эффекта состоит не в том, какие антигипертензивные лекарственные препараты (АГЛП) принимает больной, а в том в какой степени пациент следует указанным рекомендациям врача, т.е. приверженности лечению – комплаентности (compliance).

Особую категорию больных ГБ составляют лица пенсионного возраста. Прежде всего, это самая многочисленная когорта таких пациентов; их численность превышает 50-60% в популяции. Существенным моментом, который не позволяет достигнуть комплаентности таких

больных, является ограниченность в финансах, т.к. пенсии зачастую невысоки. Нельзя исключать и «возрастную забывчивость» пожилых людей (С.В. Налётов, М.М. Алесинский, Е.Н. Налётова, 2017; И. Е. Чазова и др., 2014; И. В. Нефедов и др., 2012; V. L. Burt et al., 1995).

Цель работы. Оценить тип личности, а также значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД у больных ГБ пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса, выявить корреляционную зависимость между этими показателями.

Материалы и методы. Набор больных ГБ пенсионного возраста осуществлялся в аптеках г.Донецка в период с июня по декабрь 2015 года. Врачебный контроль состояния больных ГБ осуществлялся на базе Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького, обследование больных проводилось в амбулаторных условиях в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, который является клинической базой кафедры общей практики, семейной медицины ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького.

В исследовании приняли участие 114 пациентов, пришедших на консультацию, у которых был подтверждён диагноз ГБ II-III стадии. Во время первичного визита больных ГБ к врачу были установлены исходные офисные значения САД и ДАД.

Во время первичного визита больных к врачу-кардиологу были также проведено тестирование по личностному опроснику Айзенка. Данная методика – EPI (Eysenck Personality Inventory) опубликована в 1963 г. и содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстраверсии/интроверсии, 24 других – на оценку эмоциональной стабильности/нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов.

Все результаты исследований (в том числе корреляционный анализ) обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics с применением методов параметрической и непараметрической статистики; определяли r (коэффициент корреляции). Для представления результатов приводится значение среднего арифметического ($\bar{X}$) и ошибки среднего (m) показателей.

Результаты и обсуждение. Показатели САД больных обеих групп при первичном осмотре врача-кардиолога свидетельствуют о том, что этот уровень выше на $21,3 \pm 0,6\%$ показателя нормы уров-

ня САД (139 мм рт.ст.); показатели ДАД больных обеих групп выше на $16,8 \pm 0,8\%$ показателя нормы уровня ДАД (89 мм рт.ст.).

Результаты, полученные при оценке показателей личностного опросника Айзенка, свидетельствуют о том, что степень «нейротизма» у пациентов всех групп превышает на $14 \pm 1,1\%$ показатель 13,0 что свидетельствует о высоком уровне эмоциональной нестабильности. Соотношение показателя «экстраверсия/интроверсия» находится в диапазоне $12,1 \pm 1,0$ – $12,2 \pm 1,1$, что соответствует среднему значению 12 баллов, и не позволяет отнести какую-то из групп больных к конкретному типу личности. Значение показателя «ложь» менее 4,0 свидетельствует о правдивости респондентов при ответах на вопросы личностного опросника Айзенка.

При проведении корреляционного анализа была выявлена сильная ($r > 0,7$ при $p < 0,001$) линейная положительная корреляционная связь между показателем, определяющим психотип личности («экстраверсия/интроверсия») и уровнями САД и ДАД; показатели уровней АД выше у экстравертов, чем у интро- и амбивертов.

Заключение. Показатели уровня АД у больных ГБ II–III стадии, проживающих на территории Донбасса, зависят от типа личности. Корреляционный анализ выявил, что показатели САД и ДАД выше у экстравертов, чем у интро- и амбивертов.

УДК 616.127-005.8

И.Г. Баранов, Э.В. Абашин

ДИНАМИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАКО-ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ИНТЕРВАЛА ST В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*ГУ «Луганский республиканский кардиологический диспансер»,
Луганск, ЛНР*

I.G. Baranov, E.V. Abashin

DYNAMICS OF THE USE OF PHARMACO-INVASIVE TECHNOLOGIES IN MYOCARDIAL INFARCTION WITH THE STAIR OF ST INTERVAL IN THE LUGANSK PEOPLE'S REPUBLIC

SI "Lugansk Republican Cardiologicheskii Dispanser", Lugansk, LNR

Актуальность. В настоящее время принято считать инфаркт миокарда (ИМ), имеющий подъем интервала ST на электрокардиограмме (ЭКГ) происходит вследствие формирования обструкции коронарной артерии различной степени выраженности, вплоть до ее полной

окклюзии пристеночным тромбом. Основным фактором, определяющим конечный размер ИМ, является время до реперфузии миокарда. В связи с этим основной задачей организационной и лечебной тактики становится достижение ранней, эффективной и стойкой реперфузии окклюзированного сосуда. Восстановить коронарное кровообращение возможно с помощью применения различных реперфузионных технологий: проведения тромболитической терапии (ТЛТ) и первичного чрескожного коронарного вмешательства (ПЧКВ)-ангиопластики со стентированием и без.

Эффект ТЛТ связан с восстановлением проходимости пораженной артерии вследствие лизиса в ней тромба, ограничением зоны некроза, сохранением жизнеспособности и электрической стабильности миокарда, функции левого желудочка (ЛЖ), уменьшением осложнений ОКС с подъемом интервала ST, смертности.

Цель: изучить частоту использования реперфузионных методик в лечении ИМ с подъемом интервала ST в ЛНР за последние 5 лет.

Материалы и методы. Нами проанализировано абсолютное количество случаев использования реперфузионных методик на до- и госпитальном этапе за 2013-2017 годы.

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что количество пациентов, которым в 2013 г было проведено первичное стентирование в первые часы после ОКС, в Луганской области в 2013 г составило 222 на 1 млн населения (1 место), тогда как в целом по Украине этот показатель составил 75. Абсолютное число ТЛТ, проведенных в стационаре в 2013 году было 394 больных (89,4%), 47 пациентам (10,6%) данная процедура проведена на догоспитальном этапе (скорая медицинская помощь-СМП), ПЧКВ осуществлено 446 больным. В военном 2014 году показатели несколько ухудшились: ТЛТ в стационаре проведено 275 человекам (83,8%) и 53 (16,2%), ПЧКВ – 141 больной. В 2015, 2016 и 2017 (9 мес.) годах абсолютное число ТЛТ составило лишь 153, 205 и 116 случаев, однако обращает внимание тенденция нарастания ТЛТ проведенной в СМП: в 2015 г. показатель составил 16,3%, в 2016 - 43,4%, в 2017 - 57,7%. ПЧКВ было проведено в 2015 г. 59 пациентам, 2016 г.- 110 и 2017 (9 мес) – 79 больным.

Выводы. Учитывая данные мировых исследований по реперфузионным технологиям о необходимости более раннего начала ТЛТ еще на догоспитальном этапе, считаем, что организация оказания неотложной помощи при ОКС с подъемом интервала ST нахо-

дится на достаточно высоком уровне и положительные тенденции и успехи в данной области будут с течением времени только нарастать.

УДК 616.32-64:16

И.Н. Баскаков, Л.А. Гаврилова, О.Н. Скачко
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА
ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
sotckaya@mail.ru

I.N. Baskakov, L.A. Gavrilova, O.N. Skachko
DYNAMICS OF INDICATORS OF CELLULAR LINK OF IMMUNITY
IN PATIENTS WITH RECURRENT ERYSIPELAS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Рожа является распространенной патологией, при этом обращает на себя внимание большой удельный вес больных с рецидивирующим течением заболевания, который составляет от 45 до 55 % от общего количества зарегистрированных пациентов с данным диагнозом. В патогенезе рецидивирующей рожи (РР) существенное значение имеют нарушения иммунного статуса пациентов, причем с увеличением количества и частоты возникновения рецидивов заболевания, степень выраженности иммунодефицита достоверно увеличивается. При разработке рациональной программы лечения больных РР, наше внимание привлекла возможность применения иммуноактивного препарата циклоферона в комплексе лечения больных РР.

Целью работы было изучение влияния иммуноактивного препарата циклоферона на показатели клеточного звена иммунитета у больных рецидивирующей рожей.

Материалы и методы. Обследованы две рандомизированные группы больных РР - основную (65 человек) и сопоставления (39 больных). Пациенты обеих групп получали общепринятое лечение РР, кроме того, пациенты основной группы дополнительно получали циклоферон.

Результаты и обсуждение. До начала проведения лечения у больных РР выявлены нарушения иммунологического гомеостаза в виде Т-лимфопении, дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов с более выраженным уменьшением количества циркулирующих Т-хелперов/индукторов (CD4⁺) при умеренном снижении абсолютного количества CD8⁺-клеток, снижение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, уменьшение показателя РБТЛ

Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

с ФГА, уменьшение показателей ФАМ, в то время как общий уровень ЦИК был повышен за счет наиболее патогенных(токсигенных) среднемолекулярных иммунных комплексов. При повторном иммунологическом исследовании пациентов после завершения курса лечения установлено некоторое положительное влияние лечения на изученные иммунологические показатели, но полной нормализации не отмечалось. В основной группе больных, которые дополнительно получали циклоферон отмечена практически полная нормализация изученных иммунологических показателей. У пациентов группы сопоставления, которые получали только общепринятую терапию, в большинстве случаев сохранялась Т-лимфопения, снижение числа CD4+-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, показателей ФАМ и РБТЛ с ФГА, повышение концентрации ЦИК в сыворотке крови, в том числе наиболее патогенной (токсигенной) среднемолекулярной фракции.

Заключение. Применение только общепринятого лечения РР не обеспечивает полного восстановления иммунологических показателей у пациентов. Поэтому включение иммуноактивного препарата циклоферона в комплекс лечения больных РР является патогенетически обоснованным и перспективным направлением иммуноактивной терапии рожи.

УДК 616.127-005.8-073.96-08+616.36-003.826

И.Е.Белая, В.И.Коломиец

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОДВИЖУЩУЮ СИЛУ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, СОЧЕТАННЫМ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск, ЛНР
belayainna@mail.ru

I.Ye.Belaya, V.I.Kolomiets

THE INFLUENCE OF BASE TREATMENT ON THE ELECTROMOTIVE FORCE OF THE HEART IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION, COMBINED WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Одной из наиболее распространенных синдромами является сочетание инфаркта миокарда (ИМ) и неалкогольной жировой

вой болезни печени. Это может быть обусловлено общностью патогенетических механизмов. Стандартным методом изучения электрической активности сердца признана электрокардиография. Векторный анализ не только дополняет, но и заметно расширяет данные, полученные от общепринятых отведений электрокардиограммы. Поэтому актуальным является изучение биопотенциалов сердца при сочетанной патологии под влиянием базисного лечения с помощью усовершенствованного высокочувствительного комплекса с использованием компьютерных технологий.

Цель работы: изучить электрическую активность сердца в комплексном лечении больных в остром периоде ИМ с зубцом Q, сочетанного со стеатозом печени или неалкогольным стеатогепатитом.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных (13 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 36 до 88 лет (средний возраст – $60,5 \pm 3,74$ лет) с острым ИМ, сочетанным с неалкогольной жировой болезнью печени. Исследование электрической активности сердца проводилось на усовершенствованном полиграфе с регистрацией электро- и векторкардиограммы до и после базисной терапии.

Результаты и обсуждение. Комплексное лечение больных с острым ИМ с зубцом Q, сочетанным со стеатозом печени или неалкогольным стеатогепатитом, способствовало уменьшению суммарной площади петель QRS на 42,6% ($p < 0,01$) и их максимального вектора в $BA_{2,3,5}$ на 11,7 – 33,0% ($p < 0,05-0,01$), замедлению проведения импульса по миокарду желудочков (в $BA_{1,2,3}$, $p < 0,05$) на 11,7 – 59,2% при нормализации скорости в области вектора начального и конечного отклонений в BA_4 ($p < 0,05$); уменьшению размыкания петель QRS и T на 60,2 – 71,4%, площади петель T на 49,8–55,7% в $BA_{2,3,5}$ ($p < 0,05-0,01$) при увеличении максимального вектора на 72,1 – 77,4% в $BA_{3,4,5}$, скорости проведения импульса по всем петлям T на 14,7 – 68,8% ($p < 0,05-0,001$) и углового расхождения петель QRS-T в BA_5 на 54,3% ($p < 0,05$); уменьшению площади петель P в $BA_{2,3}$ на 25 – 36,4%, их максимального вектора в $BA_{1,2,3}$ на 15,4 – 27,3% ($p < 0,05-0,01$) и скоростных предсердных показателей в $BA_{2,3}$ на 10,4 – 21,6% ($p < 0,05-0,01$) при увеличении углового расхождения петель QRS-T в BA_5 на 72,9% ($p < 0,01$).

Заключение. Базисные препараты не оказали существенного влияния на электрическую активность инфарцированного желудочка в остром периоде ИМ. Под их действием патологический процесс в миокарде развивался естественным путем. На это указывают данные о дальнейшем уменьшении электродвижущей силы сердца. В то же время отмечалось

замедление проведения импульса и нарушение процессов поздней реполяризации в миокарде желудочков и предсердий при уменьшении зоны повреждения в левом желудочке и перегрузки предсердий.

УДК 616-005.1

И.Е. Берест, Т.М. Приставко

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

i_berest@mail.ru

I.Ye. Berest, T.M. Pristavko

THE ROLE OF THE VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM IN THE PATHOGENESIS OF THE RECURRENT NASAL BLEEDING

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Рецидивирующие носовые кровотечения (НК) по интенсивности могут быть от незначительных до профузных, представляющих угрозу для жизни больного, требующих незамедлительного проведения квалифицированных и эффективных лечебных мероприятий.

Цель: изучение роли вегетативной нервной системы (ВНС) в патогенезе рецидивов носовых кровотечений для дальнейшей разработки методов лечения, направленных на их предупреждение.

Материалы и методы. Исследование ВНС проводилось 39 больным в возрасте от 29 до 80 лет с рецидивирующим НК, обратившихся в оториноларингологическое отделение ГУ ЛНР «ЛРКБ» за оказанием неотложной помощи в период с января 2017 г. по ноябрь 2017г. Из них мужчин было 23 (59%), женщин-16 (41%). Среди причин у 46,2% больных с рецидивирующим НК – артериальная гипертензия (АГ), травма - у 30,8%, заболевания крови – у 15,3%, опухоли носа и околоносовых пазух – 7,7%. Для исследования ВНС использовали опросник для выявления признаков вегетативной дисфункции (А.М. Вейн, 1998), расчёт вегетативного индекса Кердо (ВИ). Подсчёт ВИ проводился ежедневно с первого дни пребывания в стационаре после выполнения медикаментозной стабилизации артериального давления (АД).

Результаты и обсуждение. Рецидивирующие НК представляют сложность для лечения. Рецидивы в обследуемой группе были однократными у 27 больных (69,2%), многократные – у 12 больных (30,8%). Выявлено, что признаки синдрома вегетативной дистонии

в большей степени выражены у больных, страдающих АГ. У всех больных, независимо от причины НК, имеют место выраженные парасимпатические влияния на сердечно-сосудистую систему ($VI < -10$). Степень выраженности нарушения вегетативного тонуса у больных, страдающих АГ, достоверно выше, чем у не страдающих АГ. Следует отметить, что рецидивы кровотечения возникали и после стабилизации артериального давления и при отсутствии нарушений со стороны свёртывающей системы. Было отмечено, что величина VI более 20 свидетельствовала о высокой лабильности ВНС, при этом число рецидивов НК существенно возрастало. Этот факт находит подтверждение и в работах другого автора (Трушин В.Б., 2004).

Заключение. Проведенное исследование подтверждает факт участия вегетативной нервной системы в патогенезе и клиническом течении носовых кровотечений и их рецидивов. У всех больных с носовыми кровотечениями обнаружены нарушения вегетативной регуляции функций сердечно-сосудистой системы в виде быстрого истощения симпатических механизмов, что приводит к возникновению рецидивов носовых кровотечений. Недостаточная симпатическая активация является неблагоприятным признаком. Таким образом, высокий уровень тонуса ВНС, даже при стабилизации АД, свидетельствует о высокой лабильности вегетативного гомеостаза и возрастании вероятности рецидивирования НК.

УДК 616.24-036.12-007.272+616.12-005.4

И.Ю. Ватанская, Е.С. Оленицкая, Г.В. Мякоткина,
И.П. Стрекозова, Л.И. Дубовая, Т.И. Степаненко, М.А. Сивцова
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
doktor_vatanskaya@ukr.net*

I.Yu. Vatanskaya, E.S. Olenitskaya, G.V. Myakotkina,
I.P. Strekozova, L.I. Dubovaya, T.I. Stepanenko, M.A. Sivtsova
**PECULIARITIES OF CURVE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE IN COMBINATION WITH ISCHEMIC
HEART DISEASE**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Сочетание ХОБЛ и сердечно-сосудистых заболеваний характеризуется синдромом взаимногоотягощения, увеличивая риск инвалидизации и смертности.

Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

Цель исследования: изучить особенности клинического течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: в условиях пульмонологического отделения ГУ ЛНР ЛРКБ были обследованы 82 пациента с ХОБЛ (II–IV степени тяжести по GOLD) в стадии обострения, средний возраст – 59,5±8,35 лет; индекс курящего человека (ИК) – 23,09±4,93 пачко-лет, индекс массы тела (ИМТ) – 27,22±9,06 кг/м². Пациенты разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, клинической картине заболевания: 1-я – ХОБЛ (n=37), 2-я – ХОБЛ в сочетании с ИБС (n=45). Для оценки выраженности симптомов использовались вопросник mMRC и тест оценки САТ; переносимости физической нагрузки – 6МШП (6-минутная шаговая проба) с последующим определением одышки по шкале Borg. Спирометрия проводилась на оборудовании «Спиrolаб» (Mir, Италия).

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов обеих групп составлял (58,2±9,35 и 63,4±9,09 лет; p=0,03); ИК (28,1±10,59 и 32,2±11,72 пачко-лет; p=0,04) и ИМТ (24,5±4,98 и 31,5±6,37 кг/м²; p=0,01) были статистически значимо выше у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС. У пациентов II группы отмечалось более значимое снижение средних показателей ФЖЕЛ (65,7±19,14% и 62,1±17,16%, p=0,05) и ОФВ1 (43,9±15,57% и 38,2±14,58%, p=0,05); усиление симптомов по шкале mMRC (3,19±0,53 и 3,47±0,50 баллов, p=0,02) и САТ (26,2±6,73 и 30,1±6,01 баллов, p=0,02), снижение переносимости физической нагрузки по результатам 6МШП (251,2±55,16 и 235,6±51,57 м, p=0,001) и определения одышки по Borg (5,5±0,79 и 5,9±0,92 баллов, p=0,01).

Заключение: более выраженные нарушения функции внешнего дыхания, выявляемые на проведении спирографического исследования, снижение толерантности к физической нагрузке были диагностированы у пациентов при сочетании ХОБЛ и ИБС, что свидетельствует о взаимоотягощающем влиянии ХОБЛ и ИБС.

УДК 616-089.163:519.233.5

К.П. Воробьев, К.В. Митрохин
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АВТОКОРРЕЛЯЦИОННОЙ
ФУНКЦИИ НА ЭТАПАХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО И
ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ВВЕДЕНИЯ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
 mitrthebest@mail.ru

K. P. Vorob'ev, K. V. Mitrokhin

INDEX OF THE AUTOCORRELATION FUNCTION AT STAGES OF PREOPERATIVE AND INTRAOPERATIVE ANESTHETIC ADMINISTRATION

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность исследования: определяется поиском новых диагностических критериев для оценки предоперационного стресса по данным variability сердечного ритма (BCP). Наши предварительные данные и широкое использование ВРС в анестезиологии позволяют предположить, что показатели автокорреляционной функции сердечного ритма могут стать эффективным критерием предоперационного стресса.

Цель работы: изучить закономерности динамики показателя автокорреляционной функции на этапах предоперационного и интраоперационного анестезиологического сопровождения.

Материалы и методы. Диагностическое обсервационное исследование выполнено на материале 29 клинических наблюдений в смешанной по полу и возрасту группах при плановых оперативных вмешательствах с оценкой предоперационного риска по ASA: II–IV. Запись ЭКГ для последующего изучения параметров ВРС была выполнена на следующих этапах: за день до операции (1), в день операции до премедикации (2), на операционном столе перед началом анестезии (3), после интубации трахеи (6). Запись пятиминутных отрезков ЭКГ проводилась на сертифицированном кардиорегистраторе «Юлия», который обеспечивает запись пятиминутных выборок ЭКГ с разрешением 1000 Гц на карту твердотельной памяти (стандарта-microSD). После записи ЭКГ производили программное выделение R–R интервалов, построение кардиоинтервалограммы и оценивали ее пригодность для дальнейшего анализа при помощи специальных программ. При статистическом анализе использовали медианно-квартильные оценки с построением сравнительных графиков типа «ящик с усами», с одновременным наложением на этот график изучаемых величин каждого случая. Для построения графиков использовали программу «R».

Результаты и обсуждение. По результатам исследования в общей группе получена однонаправленная тенденция к увеличению K1_AKF по мере нарастания предоперационного стресса. Эта тенденция более выражена в группе молодых. Это можно объяснить со-

хранностью механизмов регуляции и более высокими реактивными ответами на внешние воздействия в молодом возрасте. В исследовании также получены закономерная динамика K1_AKF в ответ на интубацию трахею. Увеличение K1_AKF после интубации трахеи статистически значимое ($p=0,003$) у всех за исключением одного пациента (наблюдение № 1, женщина 31 года). У этой же пациентки отмечались другие особенности изменения параметров ВСП, в частности это касается динамики пиковых спектральных характеристик сердечного ритма в области высоких частот. Оба эти показателя не имеют какой-либо математической взаимосвязи, но резкое снижение синхронизации регуляторных процессов ($K1_AKF=0,47$) и смещение пика высоких частот в сторону еще более высоких частот характеризуют дизрегуляторные процессы.

Заключение. От момента предоперационного осмотра пациента в палате и вплоть до момента интубации трахеи происходит статистически значимое увеличение синхронизации регуляторных процессов по данным K1_AKF. В ответ на интубацию трахеи у пациентов происходит закономерное увеличение синхронизации регуляторных процессов по данным K1_AKF. Новые научные факты о диагностической значимости K1_AKF требуют проверки в дальнейших, более валидных исследованиях.

УДК 616.831-005.1-089.166-08-039.35

Г.А. Городник, Н.Н. Смирнова, А.С. Герасименко

**МОНИТОРИНГ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ
ТЕРАПИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У
БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ И
ПАРЕНХИМАТОЗНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение,
Донецк, ДНР*

Gerasimenko_a_s@mail.ru

G.A. Gorodnik, N.N. Smirnova, A.S. Gerasimenko

**PERIOPERATIVE INTENSIVE THERAPY AND ANESTHESIA
MONITORING IN SPONTANEOUS SUBARACHNOID AND
PARENCHYMAL HEMORRHAGE PATIENTS**

*Donetsk national medical University by M. Gorky
Donetsk Territorial Medical Association, Donetsk, DPR*

Целью является улучшение качества анестезиологического обеспечения, интенсивной терапии и мониторинга функционального состояния головного мозга у больных со спонтанными субарахноидальными и паренхиматозными кровоизлияниями.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных со спонтанным субарахноидальным и паренхиматозным кровоизлияниями вследствие разрыва церебральных аневризм. Тяжесть состояния по классификации Hunt-Hess была IV степени. Глубина нарушения сознания по шкале ком Глазго 6-8 баллов. Проводилась компьютерная томография, церебральная ангиография, транскраниальная доплерография, инвазивный мониторинг ВЧД, САД и ЦПД, мониторинг церебральной оксиметрии, мониторинг адекватности седации - BIS мониторинг. Послеоперационная энцефалография с помощью системы Nihon Kohden Corporation EEG-1200K.

Больным проводилось оперативное лечение (эмболизация либо клипирование аневризмы, удаление гематомы).

Методом выбора анестезиологического обеспечения при таких операциях является общая анестезия на основе севофлурана с интубацией трахеи и ИВЛ в режиме нормо- или умеренной гипервентиляции.

Результаты и обсуждение. На основании данных нейрофизиологического мониторинга перед операцией, интраоперационно и в послеоперационном периоде проводилась медикаментозная нейропротекторная терапия с учетом современных представлений о патофизиологии спонтанных кровоизлияний, периодов течения болезни: нимотоп, L-лизина эсцинат, цитиколин, актовегин, глиаталин.

Заключение. Непрерывная оценка оксигенации головного мозга является перспективным методом регистрации гипоксических и ишемических эпизодов и служит целям профилактики вторичных повреждений головного мозга. Для своевременной диагностики синдрома внутричерепной гипертензии и оценки адекватности проводимой интенсивной терапии у больных с паренхиматозным и субарахноидальным кровоизлиянием показан инвазивный мониторинг САД, ВЧД и ЦПД.

УДК 616-092.9

Е.В. Демьяненко, И.В. Соловьева,

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ФРАГМЕНТИРОВАННОЙ ДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
 elena.demjanenko2016@yandex.ua , soloviovairyna@gmail.com

E.V. Demjanenko, I.V. Soloviova

DYNAMICS OF CHANGES IN THE LEVEL OF FRAGMENTED DEOXYRIBONUCLEIC ACID IN RENAL FABRIC IN ACUTE IMMOBILIZATION STRESS AFTER INTRODUCTION OF MESENCHIMAL STEM CELLS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Известно, что при остром иммобилизационном стрессе в органах животных нарушается микроциркуляция и развиваются явления ишемии, активируются свободно-радикальных процессы и явления апоптоза, что сопровождается повышением активности эндонуклеаз и тяжелыми изменениями ядерной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) в виде ее фрагментации. Разрушение ДНК – надежный маркер апоптоза. В последние годы идея терапии мезенхимальными стволовыми клетками (МСК) успешно реализуется при различных ишемических состояниях, однако механизмы их влияния на процессы апоптоза не выяснены.

Цель работы. Изучить влияние аллогенных МСК на динамику апоптоза в почечной ткани при экспериментальном остром стрессе по уровню ДНК-фрагментации.

Материалы и методы. Исследование проводили на 208 самцах нелинейных белых крыс массой 200 – 250 грамм. Острый иммобилизационный стресс моделировали помещением крыс на 24 часа в индивидуальные стеклянные камеры. Клетки костного мозга получали промыванием полости бедренных костей взрослых животных питательной средой после декапитации под легким эфирным наркозом. Клетки помещали в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками, культивировали 14 дней при температуре 37°C в атмосфере 5% CO₂ со сменой среды 1 раз в неделю. Животных разделили на группы: интактную, контрольную (животным через 1 час после иммобилизации в латеральную хвостовую вену вводили по 1мл стерильного физиологического раствора), экспериментальную (животным через 1 час после иммобилизации в латеральную хвостовую вену вводили по 5 миллионов МСК). Животных декапитировали под эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после введения МСК и физиологического раствора соответственно. Извлекали почки, гомогенизировали их в

сахарозной среде выделения. Для определения уровня фрагментированной ДНК использовали спектрофотометрический метод в модификации Орловой Е.А., основанный на цветной реакции накопленных в клетках низкомолекулярных фрагментов ДНК с дифениламиновым реагентом. Спектрофотометрию проводили при $\lambda = 570$ нм против контроля (дифениламиновый реагент с 5 % раствором трихлоруксусной кислоты). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 10.0». Статистическую значимость различий показателей в группах сравнения оценивали по критерию Манна-Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исследованием было установлено, что на 3 сутки после действия стрессора как в контрольной, так и в экспериментальной группе уровень фрагментированной ДНК в почечной ткани резко увеличился по сравнению с показателями интактных животных (в 4,2 и 4,41 раз соответственно, при $p < 0,05$). В контрольной группе на 7 сутки наблюдения уровень фрагментированной ДНК в почечной ткани крыс вырос в 4,18 раза, на 14 сутки – в 3,72 раза по сравнению с группой интактных животных ($p < 0,05$). В экспериментальной группе после введения МСК отмечалось значительное снижение уровня фДНК в сравнении с контрольной группой, но он был выше, чем у интактных животных. На 7 сутки эксперимента уровень фДНК у крыс экспериментальной группы был в 1,83 раза выше, чем в группе контроля, и в 2,3 раза выше, чем в интактной группе ($p < 0,05$). На 14 сутки эксперимента показатели фрагментированной ДНК почечной ткани крыс опытной группы превышали контрольные значения в 1,75 раз, а интактные – в 2,12 ($p < 0,05$). На 30 сутки исследуемый показатель в опытной группе достиг интактных значений, в то время как у контрольных животных он достоверно превышал последние в 1,9 раз. Полученные результаты могут свидетельствовать об антиапоптотическом эффекте аллогенных мезенхимальных стволовых клеток на фоне острого иммобилизационного стресса, что требует дальнейших исследований.

Заключение. При экспериментальном остром иммобилизационном стрессе в почечной ткани значительно увеличивается уровень фрагментированной ДНК. Введение МСК при остром стрессе приводит к уменьшению фрагментации ДНК и более быстрому восстановлению функционального состояния почечной ткани экспериментальных животных по сравнению с группой контроля.

УДК 615.281.099 - 053.2 : 616 - 083.98

А.В. Крайнюк², М.Ю. Ткачева¹, А.Д. Стадник¹,

Е.И. Ламонов², Л.Д. Мартолог²

ОТРАВЛЕНИЕ ИЗОНИАЗИДОМ У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

²ГУ ЛНР «Луганская Республиканская детская клиническая больница», Луганск, ЛНР
cobralux@ukr.net

A.V. Kraynyuk², M.Y. Tkacheva¹, A.D. Stadnik¹,

E.I. Lamonov², L.D. Martolog²

ISSUES OF ISONIASIDE IN CHILDREN. ALGORITHM OF EMERGENCY ASSISTANCE IN THE DOSPHITAL STAGE

¹ SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

² SE LPR "Lugansk Republican Children's Clinical Hospital", Lugansk, LPR

Актуальность. Острые экзогенные отравления у детей являются актуальной медико-социальной проблемой. В структуре острых отравлений, независимо от возраста детей, на первом месте по распространенности находятся отравления медикаментозными препаратами. Особое место среди них занимают отравления противотуберкулезными препаратами, что связано с их высокой токсичностью и возросшей доступностью, из-за тяжелой эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулезом для населения, и в частности для детей.

Одним из группы противотуберкулезных препаратов, вызывающих наиболее тяжелые клинические проявления при передозировке, является изониазид. Проблема его использования в педиатрической практике представляется достаточно актуальной в связи с высоким уровнем риска развития острых токсических осложнений, обусловленных как самим препаратом, так и продуктами его метаболизма. Токсическими дозами изониазида являются 1,5 г, смертельными считают 80 – 150 мг/кг.

Клиническая картина отравлений изониазидом характеризуется стремительным развитием патологических синдромов: отмечается угнетение сознания до уровня глубокого сопора или комы I-II ст., с нарушением витальных функций, судорожный синдром, не поддающийся обычному лечению, выраженная неврологическая симптоматика. Независимо от токсической дозы первые клинические симптомы могут возникнуть через 30-60 минут после приема препарата.

В лечении отравлений изониазидом у детей большую роль играет своевременная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи. Эта задача нередко затруднена из-за скудности или полного отсутствия анамнестических данных ввиду тяжести его состояния, сокрытия факта употребления лекарственного препарата ребенком или его родственниками в силу различных причин, в том числе и с преднамеренными суицидальными намерениями. Также существует трудность дифференциальной диагностики острого отравления с судорожным синдромом, когда при острой передозировке судороги могут развиваться без предшествующих симптомов и ранних токсических эффектов химической травмы. В связи с этим тактика и программа лечения детей с острой химической травмой на догоспитальном этапе не совершенна и требует детального изучения.

Цель исследования: усовершенствовать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе у детей с острыми экзогенными отравлениями изониазидом.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ карт вызовов бригад скорой медицинской помощи (форма 110/у) к 8 пациентам с отравлениями изониазидом различной степени тяжести, которые были доставлены для дальнейшего лечения в отделение интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской областной клинической больницы с 2010 по 2016 г.

Результаты и обсуждение. Оказание медицинской помощи детям с острыми отравлениями изониазидом должно начинаться на месте происшествия немедленно. Применяют этиотропную, патогенетическую и посиндромную терапию, направленную на быстрое удаление отравляющих веществ из желудочно-кишечного тракта.

Алгоритм медицинской помощи, оказываемый специалистами неотложных состояний на догоспитальном этапе:

1. Осуществить первичный осмотр пострадавшего для оценки нарушения витальных функций по алгоритму «ABCDE». Провести быструю оценку клинической картины отравления с целью определения его фазы.

2. Проведение противосудорожной терапии при ее необходимости.

3. При необходимости стабилизация состояния больного.

- 3.1. Поддержка и восстановление адекватной функции внешнего дыхания: обеспечение проходимости дыхательных путей. Очистка полости рта от слизи, рвотных масс, крови, поврежденных зубов, инородных тел; Проведение оксигенотерапии показано пациентам со снижением сатурации менее 95%. Ингаляцию увлажненным кис-

лородом проводить с помощью маски или через носовой катетер со скоростью 3 - 5 л/мин; Эндотрахеальная интубация и перевод на искусственную вентиляцию легких показаны при дыхательной недостаточности III – IV степени, угнетения сознания до уровня глубокого сопора и комы (<8 баллов по шкале ком Глазго).

3.2. Катетеризация периферической и/или центральной вены, при невозможности - внутрикостный доступ.

3.3. Обеспечение адекватной гемодинамики. При тяжелых гемодинамических расстройствах проводят противошоковую терапию.

4. Туалет полости рта и деконтаминация желудочно-кишечного тракта путем зондового промывания желудка обильным количеством воды до чистых промывных вод после коррекции дыхания и сердечной деятельности. Объем жидкости для разового введения должен соответствовать возрасту пострадавшего. Суммарный объем жидкости для промывания желудка должен соответствовать расчету 0,5 - 1,0 л на год жизни, но не больше 8-10 л. Постановка желудочного зонда в коматозном состоянии - только после предварительной интубации трахеи для предотвращения аспирации. При невозможности интубации трахеи по каким-либо причинам промывание желудка больным в состоянии глубокой комы не рекомендуется.

5. Проведение энтеросорбции - полисорб, либо другие доступные энтеросорбенты в возрастной дозировке.

6. Антидотная терапия. Оптимальная доза антидота должна соответствовать максимальному предполагаемому количеству принятого внутрь изониазида. Показано внутривенное введение пиридоксина из расчета 1 г препарата на 1 г изониазида, если его количество известно. Если доза вещества не известна, то назначается внутривенное ведение пиридоксина из расчета 70 мг/кг в максимальной дозировке 5 г. Возможно повторное введение пиридоксина в случае сохранения коматозного состояния или судорог.

7. Инфузионная терапия должна проводиться своевременно и оптимально по объему и скорости введения. Показана инфузионная реанимация в объеме 10 - 20 мл/кг/ч сбалансированными кристаллоидными растворами.

8. Все дети с отравлением изониазидом должны быть госпитализированы в ближайшее отделение интенсивной терапии. Во время транспортировки необходимо продолжать инфузионную терапию и осуществлять мониторинг витальных функций пациента (пульсоксиметрия, ЧСС, ЧД, АД, диурез).

Заключение. Эффективность лечения отравлений изониазидом у детей зависит от своевременно начатой терапии, ее объема и строгой преемственности на различных этапах применения детоксикационной и симптоматической терапии.

УДК 616.37-002-036.11-07-08-031.81

А.Е. Кузьменко, А.Д. Шаталов, А.М.Дудин, С.В. Межаков, Д.М. Коссе

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

Донецк, ДНР

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение,

Донецк, ДНР

nauchniy-otdel@dnmu.ru

A.E.Kuzmenko, A.D. Shatalov, A.M.Dudin, S.V., Mezhakov, D.M. Kosse

DIAGNOSTIC AND TRITMENT ACUTE PANCREATAITIS

Donetsk national medical University by M. Gorky

Donetsk Territorial Medical Association, Donetsk, DPR

Актуальность. Больные острым панкреатитом оставляют 5 – 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15 - 20% наблюдений развитие острого панкреатита (ОП) имеет деструктивный характер. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%.

Цель работы - улучшить результаты лечения больных ОП путем усовершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной его классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОП. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени - у 76 (14%), стерильный панкреонекроз - у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз - у 177 (31%), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) - 48 (8,5%), панкреатогенный абсцесс - у 49 (9,5%). Диагноз устанавливался в течение 24-48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5%) больных, умерло после операции -17 (4,7%). Всем больным производили клинический анализ и биохимические анализы крови, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, КТ или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и забрюшинного пространства.

Результаты и обсуждение. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J.Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5%) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson - 0-3), тяжелый ОП был у 76 (13,5%) больных (6 и более критериев Ranson). Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита. Больным с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная консервативная терапия.

При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Больным с ОП тяжелой степени хирургическое вмешательство проводилось на третьей или четвертой неделе после начала заболевания. Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных на основании клинической картины (наличие сепсиса, критерии Ranson - 9 и более) и выявленного при сонографии (КТ, МРТ) панкреатического или перипанкреатического некроза с наличием газа в пределах поджелудочной железы, забрюшинного пространства. Все больные с инфицированным панкреонекрозом, независимо от этиопатогенетических форм, были оперированы - 207 операций. Острая киста поджелудочной железы диагностирована у 48 пациентов, выполнено перкутанное дренирование кисты под сонографическим контролем 17 (35%) пациентам. Панкреатогенный абсцесс выявлен у 49 больных. У 28 (57%) человек выполнено перкутанное дренирование под сонографическим контролем.

Закключение. Таким образом, определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического, лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показанием к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром легком, среднетяжелом панкреатите хирургическое лечение не показано.

УДК 615.273:616.1

С. В. Кучеренко
ПУРОЛАЗА. ВРЕМЯ СПАСАЕТ ЖИЗНЬ

ГУ «ЛГМБ № 7», Луганск, ЛНР
c2h5oh1979@gmail.com

S. V. Kucherenko
PYROLASE. TIME SAVES LIVES

GU «LSMH NO. 7», Lugansk, LPR

Актуальность. В настоящее время наиболее эффективными, патогенетически обоснованными методами лечения острого инфаркта миокарда являются тромболитическая терапия и коронарная ангиопластика. Преимуществами тромболитической терапии являются относительная простота выполнения процедуры и большая доступность, в том числе на догоспитальном этапе и в стационарах, не имеющих возможности для осуществления чрескожных вмешательств (ЧКВ).

Цель работы: изложение клинического материала, описывающего случай успешного использования нового тромболитического препарата третьего поколения Пуролазы.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни пациента Н., нормативной документации, клинических рекомендаций и протокола лечения больного с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST.

Результаты и обсуждение. Исследование было проведено на базе специализированного отделения интенсивной терапии ГУ «ЛГМБ № 7 ЛНР». Госпитализация больных с острым коронарным синдромом осуществлялась согласно приказа №1063 от 17.10.2016 МЗ ЛНР.

Большая часть пациентов с ОКС, поступает позднее 120 минут от начала болевого приступа. Массовое внедрение ТЛТ и обеспечение фельдшерских и кардиологических бригад тромболитическими препаратами позволяет увеличить эффективность экстренной помощи. Ранний догоспитальный тромболитизис становится неотъемлемой частью алгоритма оказания помощи пациентам в первые часы после манифестации инфаркта миокарда в условиях нашей республики. Максимальная эффективность лечения ограничивается «терапевтическим окном» в 2-3 часа от появления клинических симптомов, затем вероятность благополучного исхода равномерно снижается с течением времени. Пуролаза является рекомбинантным фибринспецифичным активатором плазминогена с преимущественной активацией фибрин-связанного плазминогена. Препарат необходимо использовать в первые 6 часов от момента возникновения клинической симптоматики по схеме «двойного болюса» или по схеме «болюс плюс инфузия».

Клинический случай. Больной Н. 71 год, поступил в отделение с жалобами на интенсивную боль давящего характера за грудиной с ирра-

диазией в шею, инспираторную одышку. Состояние больного крайне тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена нарастающей ОЛЖН. Госпитализация ЛРКБ на первичную ангиопластику не проводилась из-за технических проблем. АД=60/40 мм.рт.ст. (при обычном 130/80 мм.рт.ст.), РS=33 в мин., ЧД=26 в мин., SpO₂=76 в мин. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Дыхание жесткое, влажные разнокалиберные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Сердечная деятельность ритмичная, тоны глухие, брадисистолия. Больной обратился за мед. помощью через два часа от начала болевого приступа. ЭКГ при поступлении, через 2 часа от начала ангинозного приступа: АВ блокада III ст. ЧСС=33 в минуту. Субэпикардальная ишемия задне-диафрагмальной и боковой стенки левого желудочка. Реципрокные изменения по передней стенке левого желудочка. Клинический диагноз: ИБС. Острый Q инфаркт миокарда задне-диафрагмальной обл-ти л.ж. с вовлечением перегородки, верхушки и боковой стенки от (2 часа от начала ангинозного статуса). Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II (ГЛЖ) степень 2, риск 4. СН II А ОЛЖН IV по Killip (истинный кардиогенный шок). АВ блокада III степени. Лечение: per os аспирин кардио 300 мг., клопидогрель 300 мг. Промедол 2%-1.0 мл. Гепарин 4000 ЕД в/в.

Начата инфузия Пулолазы по схеме «болос+инфузия». 2 000 000 ЕД. в/в болосно+ 4 000 000 ЕД в/в кап.за 60 мин. Параллельно Дофамин 200 мг в/в капельно со скоростью 5 мкг/кг/мин. Инсуфляция O₂=5л/мин.

ЭКГ через 180 мин.: АВ блокада III ст. ушла. Пульс с 33 ударов в минуту поднялся до 63 в минуту. Субэпикардальная ишемия по задне-боковой стенки левого желудочка уменьшилась более 70%. Исчезла субэндокардиальная ишемия по передней стенке левого желудочка. Купирована клиника истинного кардиогенного шока. АД=105/70 мм.рт.ст. ЧД=19 в мин., ЧСС=63 в мин. SpO₂=96%, диурез адекватный. Боли ангинозного характера нет. Дальнейшее лечение согласно протоколу. На ангиограммах: ствол левой коронарной артерии (ЛКА) проходим. Передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) со стенозом до 40% в устье и до 35% в п/3. Огибающая артерия (ОА) со стенозом до 50% с/3. Определяются множественные артериоло - ЛЖ фистулы. Правая коронарная артерия (ПКА) стеноз в устье до 50% с явлениями кальциноза и 2 стеноза до 35% в с/3. Кровоток во всех бассейнах TIMI - 3.

Заключение. Учитывая выше изложенное применения Пулолазы позволило получить хорошие результаты, снизить элевацию сегмента ST, купировать выраженный болевой син-

дром, восстановить кровоток во всех бассейнах TIMI – 3. Считаем целесообразным дальнейшее использование данного препарата в клинической работе у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST.

УДК 616.1+616.71:618.173]-07-08

А.С. Липатникова, Е.В. Холина, Е.А. Пилюева,
Т.В. Сысойкина, Ю.В. Сидоренко

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
propedevtika2011@yandex.ru

A.S. Lipatnikova, E.A. Cholina, E.V. Pilieva, T.V. Sysoykina, J.V. Sydorenko
PECULIARITIES OF THE USE OF MEXICOR IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Анализируя последние эпидемиологические данные роста ишемической болезни сердца (ИБС), и, в том числе, стабильной стенокардии напряжения, можно говорить о развитии толерантности к лечению. Поэтому одним из наиболее дискуссионных вопросов в медицинской среде, и особенно, в практической кардиологии, стоит применение средств уменьшающих толерантность и одновременно обладающих метаболической активностью, способствующих мобилизации энергетических и пластических ресурсов, оптимизации деятельности физиологических систем, ускорению процессов восстановления.

Вопрос о применении в комплексе со стандартной неотложной терапией миокардиальных цитопротекторов для улучшения метаболических процессов в ишемизированном миокарде у пациентов давно является предметом внимания и споров кардиологов различных стран.

Цель работы: Изучение эффективности применения препарата Мексикор в комплексной терапии у пациентов с ИБС. Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ССН ФК) II и III.

Материалы и методы. Для достоверного выяснения клинической эффективности метаболического препарата - Мексикора было проведено наблюдение 44 больных с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ССН ФК) II и III. Все пациенты, включенные в данное исследование были поровну разделены на основную и контрольную группы, и получали стан-

дартную терапию, соответствующую рекомендациям Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с ССН в индивидуально подобранных фиксированных дозах (b-адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, дезагреганты, статины). В основной группе пациенты дополнительно к базисной терапии, получали в течение 10 дней по схеме Мексикор. Всем пациентам был проведен тщательный сбор жалоб, анамнеза, физикальное и клиническое обследования. Для верификации диагноза использовались электрокардиография (ЭКГ), тест с 6-минутной ходьбой и эхокардиография (ЭхоКГ), лабораторное исследование включало в себя исследование спектра ХС (ЛПВП, ЛПНП и ТГ).

Результаты и обсуждение. После двухнедельной терапии у всех больных основной группы на фоне положительной клинической картины: урежение или отсутствие приступов стенокардии, повышение переносимости физической нагрузки, уменьшение дозы или частоты приема нитратов, также отмечалась некоторая положительная лабораторная динамика - достоверное снижение уровня ХС, ЛПНП и ТГ.

Заключение. Хочется отметить, что Мексикор не только эффективный кардиометаболический препарат, но и в сочетании с базисной терапией, усиливает эффект основных средств, повышает толерантность к физической нагрузке и приводит к уменьшению частоты и интенсивности ангинозных приступов, и использования нитратов.

УДК 616.831 – 005.1 – 08(477.61)

Т.В. Мироненко, В.Н. Василенко

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВЫЕ ИНСУЛЬТЫ В ЛНР

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

vikvas007@gmail.com

T.V. Mironenko, V.N. Vasilenko

PECULIARITIES OF AMBULATORY REHABILITATION OF PATIENTS TRANSPORED BY BRAIN INSULTS IN LPR

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Мозговые инсульты являются актуальной проблемой современной ангионеврологии. Это связано с их широкой распространенностью, наличием стойких неврологических постинсультных расстройств, высоким процентом инвалидизации. Возможность повысить эффективность лечения пациентов с

мозговыми инсультами появилась в результате принятия программы МЗ ЛНР «Оказание неотложной помощи больным, перенесшим мозговые инсульты в ЛНР». Большая роль в этой программе отводится и вопросам ранней реабилитации. Известно, что в первые месяцы заболевания восстановление нарушенных функций происходит наиболее полно. В этой связи наиболее перспективным является использование амбулаторного этапа реабилитации. Основными задачами данного этапа реабилитации являются приспособление пациента к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях и восстановление его социального положения.

В г. Луганске организован центр реабилитации больных, перенесших ОНМК. В указанный центр направляются пациенты после стационарного этапа лечения с минимальными когнитивным и двигательным дефицитом. В центре восстановительного лечения разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента на целый год. Процесс реабилитации осуществляется мультидисциплинарной бригадой, в состав которой входят невролог, инструктор ЛФК, физиотерапевт, логопед, психолог. Все результаты осмотра заносятся в карту реабилитации больного. Центр оснащен современными тренажерами, физиотерапевтической аппаратурой (магнито-, лазеротерапия, электростимуляция), применяется терапия занятостью (эрготерапия). В центре проводятся также беседы с родственниками пациентов. Программа восстановительного лечения включает медикаментозное лечение, массаж, иглорефлексотерапию, психотерапию, занятия с логопедом в зависимости от структурных изменений в мозге по данным нейровизуализации и сопутствующих заболеваний. Медикаментозная терапия проводится в условиях дневного стационара. Наряду с традиционной терапией мы активно применяем препараты, активирующие нейро-мышечную трансмиссию, стимулируем нейропластичность мозговой ткани. К подобным препаратам относят глиатилин, обладающий селективной холинергической активностью.

Цель работы, материалы и методы. С целью оценки эффективности применения препарата у пациентов с двигательными расстройствами, снижением когнитивных функций, нами проведено наблюдение за 30 пациентами (14 мужчин, 16 женщин) в возрасте $53,8 \pm 5,1$ лет, перенесшие атеротромботический инфаркт головного мозга, давностью 2-3 недели. В процессе

наблюдения были использованы традиционные клинико-неврологические методы осмотра, степень неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS, для оценки когнитивных функций использовали тест «5 слов», пробу Шульте и тест «рисования часов». Обследуемые имели выраженность неврологических расстройств $6,8 \pm 3,1$ баллов (по шкале NIHSS); тест «5 слов» - $4,1 \pm 0,1$ (непосредственное воспроизведение); $3,4 \pm 0,2$ слов (отсроченное воспроизведение); проба Шульте составляла $76,5 \pm 7,7$ сек.; тест «рисования часов» - $7,2 \pm 0,3$ балла. Обследуемые пациенты были распределены в две группы: контрольная (14 человек), пациенты которой принимали общепризнанное лечение (нейрометаболиты, дезагреганты, антилипидемические средства, витаминотерапию) и основную (16 человек), которые наряду с традиционной терапией был назначен глиатилин 1000 мг в/в капельно с последующим приемом препарата внутрь в суточной дозе 800-1200 мг на протяжении 2-х недель. После проведенного лечения более выраженная позитивная динамика неврологических расстройств наблюдалась у пациентов основной группы. Так, очаговая неврологическая симптоматика имела тенденцию к регрессированию и оценивалась в основной группе $4,1 \pm 1,7$ баллов (по шкале NIHSS) ($6,3 \pm 2,5$ баллов контроль; $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В результате проведенного повторного тестирования на фоне приема глиатилина наблюдалось достоверное повышение когнитивных функций среди пациентов основной группы. Так, тест «5 слов» - непосредственное воспроизведение составило $4,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) слов, отсроченное воспроизведение $4,5 \pm 0,3$ ($p < 0,01$); проба Шульте $47,3 \pm 6,5$ сек ($p < 0,01$) и тест рисования часов - $8,6 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,01$).

Заключение. Приведенные результаты характеризуют высокую эффективность амбулаторной реабилитации пациентов, перенесших мозговые инсульты. При этом целесообразно использование сочетания немедикаментозных и медикаментозных методов лечения.

УДК 616.831-002.151-07:616.98:578.828

Т.В. Мироненко, Г.А. Погорелова, И.Н. Баскаков
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ОСТРЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

galaangel2009@rambler.ru

T.V. Mironenko, G.A. Pogorelova, I.N. Baskakov
**CYTOKINE PROFILE IN HIV-INFECTED PATIENTS WITH ACUTE
MENINGOENCEPHALITIS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции носит системный характер, каждое ее звено претерпевает изменения. Иммунная система находится в состоянии гомеостаза, благодаря регуляции со стороны цитокинов. Цитокины играют определенную роль в регуляции экспрессии вируса ВИЧ в системе *in vitro*. Конечным результатом действия многих цитокинов является та или иная степень репликации вируса ВИЧ, которая зависит от баланса между стимулирующим и подавляющим действием цитокинов.

Нарушение иммунного статуса клинически проявляется инфекционным, аллергическим, аутоиммунным и очаговым неврологическим синдромами, а также синдромом иммунологической недостаточности. Все это определяет клинику неврологических осложнений ВИЧ-инфекции. В этой связи целесообразно обобщение результатов иммунологических исследований, не только характеризующих иммунный статус у ВИЧ-инфицированных, но и при наличии сопутствующей оппортунистической инфекции, в частности острых менингоэнцефалитов (МЭ).

Цель: __определить состояние показателей цитокинового профиля у ВИЧ-инфицированных пациентов с острыми менингоэнцефалитами в зависимости от этиологического фактора.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 135 ВИЧ-инфицированных пациентов с острыми менингоэнцефалитами различной этиологии (туберкулезной этиологии – 58, токсоплазмозной – 46, цитомегаловирусной – 31), находящиеся на лечении в стационарном отделении ГУ ЛНР «ЛРСПБ СПИД». Из них 77 мужчин и 58 женщин. Средний возраст обследуемых составил $39,7 \pm 12,8$ лет. Группу контроля вошли 30 практически здоровых человек без неврологической патологии и ВИЧ-инфекции в анамнезе аналогичного возраста и пола. Иммунологическое исследование проводили при поступлении в стационар. Объем иммунологического исследования включал определение количественных показателей цитокинового профиля (ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-12, ИЛ-4, ИЛ-10) иммуноферментным методом. Проводилась статистическая обработка полученных данных.

Результаты и обсуждение. При мониторинге цитокинового про-

фия было выявлено, что уровень ФНО- α у больных с туберкулезными МЭ составил до $745,9 \pm 35,4$ пг/мл. При токсоплазмозных МЭ повысился до $746,7 \pm 29,5$ пг/мл, что было в среднем в 8,3 раза выше аналогичного показателя в группе контроля. При цитомегаловирусных МЭ уровень данного цитокина более существенно (в 10,5 раз) превышал показатель в группе контроля ($935,6 \pm 43,9$ пг/мл против $89,8 \pm 12,4$ пг/мл), $p < 0,001$, а также отличался и от аналогичных показателей у обследуемых с туберкулезными и токсоплазмозными МЭ. У больных с туберкулезными МЭ уровень ИЛ-1 был ниже в 3,45 раза в сравнении с группой контроля и составил при этом $4,9 \pm 1,2$ пг/мл. При токсоплазмозных МЭ при поступлении в стационар уровень ИЛ-1 снижался до $3,2 \pm 0,5$ пг/мл, что ниже показателя в группе контроля в 5,3 раза. При цитомегаловирусных МЭ данный показатель снижался в среднем до $1,8 \pm 0,02$ пг/мл, что также ниже аналогичного показателя в группе контроля в 9,4 раза и было достоверно ниже, чем при токсоплазмозных МЭ, $p < 0,001$. Уровень сывороточного ИЛ-2 у ВИЧ-инфицированных также снижался и при туберкулезных МЭ составил $13,6 \pm 1,05$ пг/мл, что более чем в 3 раза меньше от показателя ИЛ-2 в контрольной группе. При токсоплазмозных МЭ этот показатель снижался до $11,87 \pm 1,05$ пг/мл (в 3,5 раз ниже, чем в группе контроля). При цитомегаловирусных МЭ уровень ИЛ-2 составил $7,86 \pm 0,8$ пг/мл, что ниже, чем в группе контроля в 5,2 раза, $p < 0,001$. При туберкулезных МЭ уровень ИЛ-12 составил $12,4 \pm 1,32$ пг/мл (в 3,5 раза ниже чем в группе контроля). При токсоплазмозных и цитомегаловирусных МЭ - $9,4 \pm 0,63$ пг/мл и $6,32 \pm 0,46$ пг/мл, что было ниже уровня ИЛ-12 у обследуемых группы контроля в 4,6 и 6,9 раз соответственно. Уровень противовоспалительного ИЛ-4 был незначительно повешен, в сравнении с данным показателем в группе контроля, при туберкулезных и токсоплазмозных МЭ ($44,1 \pm 3,2$ пг/мл и $41,3 \pm 7,4$ пг/мл соответственно против $36,5 \pm 5,2$ пг/мл в группе контроля, $p < 0,05$). Тогда как наибольшие изменения уровня ИЛ-4 оказывались при цитомегаловирусных МЭ ($69,2 \pm 9,4$ пг/мл против $36,5 \pm 5,2$ пг/мл, $p < 0,01$) - почти в 2 раза выше, чем у группы контроля. Уровень противовоспалительного ИЛ-10 также значительно снижался при цитомегаловирусных МЭ до $1,54 \pm 0,14$ пг/мл ($p < 0,001$), что меньше показателя в группе контроля более чем в 5 раз. Тогда как при туберкулезном МЭ уровень ИЛ-10 составил $3,2 \pm 0,5$ пг/мл (в 2,5 раза меньше чем в группе контроля) и при токсоплазмозном МЭ - $4,3 \pm 1,5$ пг/мл, ($p < 0,01$) (в 1,8 раза меньше чем в группе контроля).

Заключение. Проведенное нами исследование показателей цитокинового профиля выявило, что у ВИЧ-инфицированных пациентов с МЭ наблюдается подавление как Th1-, так и Th2-иммунного ответа. Так, отмечено понижение концентрации провоспалительных цитокинов, ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-12, ФНО- α и противовоспалительного цитокина ИЛ-10, играющего защитную роль при развитии СПИ-Да, на фоне роста противовоспалительного цитокина ИЛ-4, стимулирующего репликацию ВИЧ, что свидетельствует о прогрессировании у обследуемых пациентов ВИЧ-инфекции. Таким образом, пониженная экспрессия провоспалительных и регуляторных цитокинов у больных МЭ может служить иммунологическим маркером прогрессирования патологического процесса, что необходимо учитывать при назначении лечения.

УДК 616 - 053.2 - 089.5 «364»

Ю.И. Налапко, А.Д. Стадник

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ПРЕМЕДИКАЦИЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ АКТИВНУЮ ФАЗУ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

cobralux@ukr.net

Y.I. Nalapko, A.D. Stadnik

MODIFIED PREMEDICATION IN CHILDREN, SURVIVED ACTIVE PHASE OF MILITARY CONFLICT

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Проблема индивидуального подхода к анестезиологическому обеспечению в педиатрической практике является актуальной. Население, проживающие на территории военного конфликта, подвержено высокому риску развития различных психоэмоциональных нарушений. Кроме коррекции предоперационного стресса перед премедикацией у детей, переживших активные боевые действия, стоит дополнительная задача – минимизировать фоновые развернутые психотические реакции и состояния.

Цель исследования: оптимизация предоперационного анестезиологического обеспечения при плановых хирургических вмешательствах у детей в условиях военного конфликта.

Материал и методы. В исследовании участвовало 30 детей 8-10 лет проживающих на территории военного конфликта, которые были госпитализированы в клинику для проведения планового опе-

ративного лечения. Все дети методом простой рандомизации были разделены на две клинические группы, сопоставимые по антропометрическим характеристикам. Первая группа была представлена 11 пациентами, которые получали традиционную схему премедикации: атропин 0,01 мг/кг, диазепам 0,2 мг/кг внутримышечно за 20 минут до операции. Вторая группа была представлена 19 детьми, премедикация которых, в дополнение к вышеуказанной, включала гидроксизина гидрохлорид в дозе 1 мг/кг *per os* на ночь перед операцией.

Методика общей анестезии в группах была идентичной: индукция в анестезию кетамин 5% в дозе 2-3 мг/кг внутривенно, поддержание анестезии – внутривенно кетамин 5% 3-5 мг/кг, фентанил 0,005% 2-3 мкг/кг/ч. У всех больных осуществлялась интраоперационная инфузия кристаллоидами из расчета 5-10 мл/кг/ч.

Оценку психоэмоционального статуса детей выполняли при поступлении их в клинику и на вторые сутки после операции. Для оценки тревожности использовали методику многомерной оценки детской тревожности Е.Е. Рамициной, для оценки депрессивных состояний – опросник детской депрессии Maria Kovacs.

Обработку данных проводили с использованием методов статистического анализа. Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. У всех детей в предоперационном периоде регистрировались психоэмоциональные нарушения тревожно-депрессивного спектра различной интенсивности. Отмечался средний уровень депрессии с тенденцией к её динамическому росту, а также повышенный уровень тревожности - 53[50;63] и 5[3;7] соответственно. Для всех исследуемых было характерным ожидание неприятностей, связанных со своим заболеванием, госпитализацией, отрывом от родителей. Дети остро реагировали на любые раздражители, были подвержены страхам, связанных с предстоящим оперативным вмешательством. В послеоперационном периоде у детей первой группы уровень депрессии составил 51,5[48;58], во второй группе - 40,5[39;42] ($p < 0,001$). Уровень общей тревожности в первой группы был выше, чем во второй - 3[1;4] и 1[1;2] соответственно ($p < 0,05$). Дети первой группы были более эмоционально неустойчивыми, что проявлялось диссомнией и негативным эмоциональным реагированием на беседу или осмотр. Они старались избегать медицинского персонала и нуждались в поддержке ро-

дителей. У исследуемых второй группы отмечались признаки благоприятной адаптации к существующим окружающим условиям, а также высокий уровень стрессоустойчивости.

Заключение. У детей 8-10 лет, перенесших многофакторный милитарный стресс, применение гидроксизина гидрохлорида в премедикации в дозе 1 мг/кг per os за ночь до операции уменьшает риск манифестации имеющихся фоновых психоэмоциональных нарушений.

УДК 616.831.-005.1-092-053.7

О.А. Пустовая

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

pustovaya-oa@yandex.ru

О.А. Pustovaya

PARTICULARITIES OF RISK FACTORS OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG ADULTS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Во всем мире наблюдается рост случаев мозгового инсульта у лиц молодого возраста. Около 10-14% ишемических инсультов развивается в молодом возрасте. При исследовании этой проблемы авторы отмечают своеобразие этиологических факторов, демографические, гендерные, географические особенности, влияние качества жизни, бедности, доступности медицинской помощи, лекарственного комплаенса, возможностей применения тромболизиса на исход инсульта. В молодом возрасте соотношение ишемического инсульта к геморрагическому составляет 1:1. Причины геморрагических инсультов включают артериальную гипертензию, разрыв аневризм мозговых сосудов, разрыв артерио-венозных мальформаций. Информированность о причинах инсультов в молодом возрасте позволяет проводить профилактику и прогнозировать инсульты в некоторых клинических ситуациях (например при антифосфолипидном синдроме).

Цель работы. Изучить особенности этиологии мозгового инсульта у лиц молодого возраста, изучить факторы, предрасполагающие к развитию инсульта в молодом возрасте.

Материалы и методы. Исследовано 52 больных (38 мужчин, 14 женщин) с ишемическим инсультом в возрасте 32-45 лет, средний возраст 42,7±4,5 лет. Проводилось соматическое и неврологическое обследо-

ние с использованием инструментальных методов (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, электрокардиография, эхокардиография, дуплексное доплеровское сканирование, электроэнцефалография), лабораторные исследования.

Результаты и обсуждение. Все больные были с ишемическим инсультом, в остром периоде-3, в раннем восстановительном периоде – 14, позднем восстановительном – 30, резидуальном периоде – 5 больных. Очаги инфарктов были локализованы : в правой лобно-височной области - у 9-и пациентов, левой лобно-височной – у 17-и пациентов, в правой лобно-височно-теменной – у 16-и пациентов, в области левого таламуса – у 1-го, в области ствола мозга – у 8 пациентов, в базальных отделах левой теменной и затылочной долей – у 1-го пациента. Инфаркт лабиринта наблюдался у одного пациента.

Наиболее важными причинами инсульта были: артериальная гипертензия (в ряде случаев неконтролируемая), сахарный диабет, диссекция экстракраниальных артерий, антифосфолипидный синдром, кардиогенная эмболия. Реже, в единичных случаях, наблюдались болезнь Мюллера-Васильева (1 случай), выраженный атеросклероз у пациента с хроническим алкоголизмом, сопровождающийся окклюзией и стенозом сонных артерий, гиперкоагуляция, связанная с приемом оральных контрацептивов, изолированный центральный ангиит (васкулит с преимущественным поражением артерий головного мозга). У 25% больных причина инсульта не была достоверно установлена (криптогенный инсульт).

У пациентов, перенесших инсульт, были обнаружены следующие варианты патологии экстракраниальных сосудов и сердца: гипоплазия правой позвоночной артерии, окклюзия и стенозы левой внутренней сонной артерии, выраженный стеноз левой позвоночной артерии, выраженный стеноз правой позвоночной артерии, атеросклероз, пролапс митрального клапана. Также были выявлены аномалия Арнольда-Киари (у пациента с инфарктом лабиринта), аномалии развития шейного отдела позвоночника: аномалия Киммерли слева, конкресценция шейных позвонков, открытое овальное окно (функционирующее). У части больных были выявлены сопутствующие заболевания: последствия черепно-мозговой травмы, гипотиреоз, гипертиреоз, анемия.

Заключение. Причины мозгового инсульта в молодом возрасте отличаются от таковых в старших возрастных группах. Установле-

ние причины требует тщательное обследование больного. Среди пациентов с ишемическим инсультом молодого возраста велик процент криптогенных инсультов.

УДК 616.9-06-079.4

**Г.С. Рачкаускас, Т.И. Ромашова, С.И. Радионова,
О.В. Кондуфор, И.Н. Коршко, О.А. Бобык, Н.Э. Булкина**
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
OPZ@mail.ru

**G. Rachkauskas, T. Romashova, S. Radionova, O. Kondufor, I.
Korshko, O. Bobyk, N. Bulkina**

**DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND METHODS OF INTENSIVE
THERAPY OF MALIGNANT NEUROLEPTIC SYNDROME**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В настоящее время на мировом фармацевтическом рынке насчитывается около 70 оригинальных антипсихотических лекарственных препаратов, на основе которых созданы приблизительно 900 торговых марок лекарственных средств. Известно, что нейролептики, оказывая лечебное действие, также могут вызывать различные побочные эффекты. Одним из редких, но крайне тяжелых осложнений нейролептической терапии является злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), впервые описанный J. Delay, P. Deniker соавт. в 1961 году. Данный синдром характеризуется развитием центральной гипертермии, экстрапирамидными нарушениями разной степени выраженности, кататонической симптоматикой, нарушением сознания и основных параметров гомеостаза и функций жизненно важных органов и систем. По данным разных авторов, от указанной патологии смертельный исход наступает 10–40% случаев.

Цель работы. Изучение побочных эффектов нейролептиков, дифференциальная диагностика и определение методов интенсивной терапии ЗНС.

Материалы и методы. Нами было обследовано 25 пациентов (16 мужчин и 9 женщин), в возрасте от 25 до 60 лет с побочными эффектами от приёма нейролептиков, которые находились на лечении в ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая боль-

ница» ЛНР. Исследование проводилось согласно критериям диагностики ЗНС по DSM-V (статистическое руководство по психическим расстройствам, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). У пациентов, дополнительно получающих антидепрессанты, с целью исключения серотонинового синдрома, были применены критерии Sternbach. Выраженность экстрапирамидных расстройств оценивалась по шкале Симпсона-Ангуса.

Результаты и обсуждение. Согласно проведенным исследованиям установлено следующее. Побочные эффекты от приема нейролептиков в виде ранних экстрапирамидных симптомов, сочетающихся с вегетативной симптоматикой были диагностированы у 10 пациентов. Данные состояния были купированы отменой нейролептиков и назначением холинолитиков. У 7 пациентов была выявлена соматическая патология. У 5 пациентов был диагностирован ЗНС легкой степени, который был купирован назначением инфузионной терапии, холинолитиков, транквилизаторов, отменой нейролептиков. У 1 пациента была диагностирована фебрильная шизофрения: приступ проявился на фоне приема минимальных доз атипичных нейролептиков кататонической симптоматикой и помрачением сознания в виде онейроида; был купирован назначением электросудорожной терапии. У 1 пациента, дополнительно получавшего антидепрессанты, был диагностирован серотониновый синдром средней степени тяжести, для лечения которого применялись методы интенсивной терапии в виде инфузионной терапии, в сочетании с назначением аминазина и бензодиазепиновых транквилизаторов. У 1 пациента был диагностирован ЗНС средней степени тяжести, для лечения которого применялись методы интенсивной терапии в виде инфузионной терапии, назначения транквилизаторов, электросудорожной терапии, отмены нейролептиков. Таким образом, из всего числа обследованных пациентов в 24% случаев был диагностирован ЗНС легкой и средней степени тяжести (в 20% случаев – легкий вариант, в 4% случаев – средняя тяжесть течения синдрома).

Заключение. На основании проведенного исследования следует отметить, что нейролептический синдром является опасной ятрогенной патологией, которая требует своевременной диагностики, отмены принимаемых пациентом нейролептиков и проведения в минимальные сроки интенсивных методов лечения.

УДК 616.895.8-08:615.849

**Г.С. Рачкаускас, Т.И. Ромашова, С.И. Радионова,
О.В. Кондуфор, И.Н. Коршко, О.А. Бобык, Н.Э. Булкина**
ФЕБРИЛЬНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
OPZ@mail.ru

**G. Rachkauskas, T. Romashova, S. Radionova, O. Kondufor, I.
Korshko, O. Bobyk, N. Bulkina**

FEBRILE SCHIZOPHRENIA, DIAGNOSTICS AND TREATMENT
CRITERIA WITH USE OF ELECTRO-COURSE THERAPY

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Фебрильная (гипертоксическая, летальная) шизофрения — особая форма шизофрении, одним из основных признаков которой является повышение температуры тела до 38-40°C, чаще развивается у женщин в юношеском или молодом возрасте. Наблюдается при периодическом или приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, в конечном результате которой возникают грубые личностные изменения, приводящие к инвалидизации и выраженной социальной дезадаптации больных.

Повышение температуры тела при данной патологии нетипично и зачастую фебрильная шизофрения дифференцируется с инфекционными психозами. Чрезвычайная острота, бурное течение, сочетание психопатологических и соматических нарушений, взаимно усиливающих друг друга, нередко приводят к летальному исходу. Своевременная диагностика и правильная тактика неотложной терапии в первые часы заболевания сохраняет жизнь больному. Лечение приступов фебрильной шизофрении проводится исключительно в стационарных условиях, отделении интенсивной терапии и заключается не только в купировании собственно фебрильного приступа, но и в стабилизации состояния с применением общих принципов оказания неотложной помощи.

Цель: изучение критериев диагностики и лечения фебрильной шизофрении с применением электросудорожной терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 87 больных (27 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 26 до 55 лет, которые находились на лечении в ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР и перенесли приступ фебрильной шизофрении. Обследуемые пациенты были разделены на две

группы: основная группа – 34 пациента, которые наряду с психофармакотерапевтическими средствами получали сеансы электросудорожной терапии, и контрольная группа, получавшая только общепринятую терапию. Для диагностики заболевания были использованы общепринятые клинико-психопатологические методы исследования.

Результаты и обсуждение. Основными препаратами, применяемыми для лечения фебрильной шизофрении, являются нейролептики, которые в некоторых случаях считаются неэффективными и даже опасными, так как могут являться причиной развития злокачественного нейролептического синдрома, что еще больше может усугубить имеющуюся тяжелую клиническую картину заболевания и привести к летальному исходу. Выявлено, что у больных в первой группе редукция острой психопатологической симптоматики при использовании электросудорожной терапии редуцировалась на 79,3% быстрее, чем у пациентов с использованием общепринятой фармакотерапии.

Заключение. Использование электросудорожной терапии эффективно и целесообразно для лечения фебрильной шизофрении. Наиболее быстрая редукция симптоматики способствует снижению процента летальности.

УДК 615.273:616.12-008.6-073-08

Б.А. Ребров, Н.Г. Блудова, И.И. Благинина,
Д.А. Некрасов, С.В. Ярцева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОРТЕЛИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПО ДАННЫМ КОРОНАРОВЕНТРИКУЛОГРАФИИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая
больница» Луганской Народной Республики
fpdo@ukr.net

B.A. Rebrov, N.G. Bludova, I.I. Blaginata, D.A. Nekrasov,
S.V. Yarceva

EFFICIENCY OF FORTELYSIN IN TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME FROM CORONAVENTRICULOGRAPHY

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR
Luhansk Republican Clinical Hospital, Lugansk, LPR

Актуальность. Ранняя реперфузия у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с элевацией ST приводит к статис-

тически достоверному увеличению их выживаемости. Фармакоинвазивная стратегия реперфузии является оптимальной для увеличения «терапевтического окна» у пациентов, которым проведение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) невозможно в первые 2 часа развития ОКС.

Цель: оценить эффективность фортелизина при проведении тромболитической терапии у пациентов с ОКС по данным коронароангиографии (КВГ) у пациентов с ОКС с элевацией ST.

Материалы и методы. В исследование вошли 53 пациента с ОКС с элевацией ST в первые 6 часов заболевания, которые имели показания к проведению ТЛТ. Среди них 40 мужчин (средний возраст - $61,23 \pm 6,3$ г.) и 13 женщин (средний возраст - $65,15 \pm 4,5$ г.). Диагноз ишемической болезни сердца в анамнезе имели 27 (50,9%) пациентов, в том числе перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) - 5 (9%) больных; ожирение - 6 (11,3%) больных; курящие - 13 (37,7%); сахарный диабет выявлен у 7 (13,2%) больных, артериальная гипертензия - у 45 (84,9%) человек. Признаки ОЛЖН по Killip I имели 17 (32,1%) человек, II - 28 (52,8%), III - 8 (15,1%). Пациенты с кардиогенным шоком в исследование не включались. У 28 пациентов установлен передний ИМ ЛЖ, у 25 - ИМ задне-нижней локализации. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию согласно современным рекомендациям по лечению ИМ. КВГ выполнена 38 пациентам, что было связано в ряде случаев с отказом больных от инвазивного вмешательства, а также ограниченными возможностями работы рентген лаборатории в нынешней обстановке. Из них 27 пациентам с наличием признаков реперфузии выполнена отсроченная КВГ с ЧКВ (через 3-12 часов). 11 пациентам с отсутствием признаков реперфузии миокарда выполнялось спасительное ЧКВ. Оценку степени восстановления коронарного кровотока по данным КВГ проводили в соответствии со шкалой TIMI. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Statistica 7.

Результаты и обсуждение. По результатам КВГ в группе больных с эффективным тромболитизмом полное восстановление кровотока (TIMI 3) выявлено у 13 пациентов (48,1%), частичное (TIMI 2) - у 8 (29,6%) больных. Общий показатель частоты реперфузии по данным КВГ в этой группе составил 77,7%. При этом поражение 1 коронарной артерии (КА) (инфарктзависимой) отмечалось у 8 (29,6%) больных, вовлечение 2 артерий - у 10 (37,0%) больных, многососудистое пора-

жение выявлено у 9 (33,3%) пациентов. У 6 пациентов с эффективным тромболизисом по результатам ЭКГ реперфузия миокарда по данным КВГ расценена как неудовлетворительная и соответствовала ТИМІ 0-1. Анализируя эту группу пациентов следует отметить, что показатель времени «боль-игла» у 2 из них приближался к 300 минутам, также при исследовании состояния коронарного русла у 4 больных выявлено функционирование выраженного коллатерального кровотока. Поэтому тромболизис в данном случае мог оказать благоприятный потенцирующий эффект в отношении функционирования коллатералей и улучшения, в конечном итоге, реперфузии миокарда, что подтверждается положительной динамикой на ЭКГ в отсутствие антеградного кровотока по инфарктзависимой артерии.

Анализ КВГ в группе пациентов с неэффективным тромболизисом (11 человек), которым было проведено спасительное ЧКВ показал, что поражение 1 коронарной артерии выявлено только у 2 (18,1%) больных, несколько чаще выявлялось 2-х и 3- сосудистое поражение артерий в этой группе – 5 (45,5%) и 4 (36,4%) соответственно. Характерным в этой группе больных является наличие нескольких стенозов в пределах одной артерии как гемодинамически значимых, так и незначительных. При этом в общем спектре поражения КА количество мелких стенозов значительно превышало число гемодинамически значимых (в 1,7 раза). Такие изменения могут указывать на более длительный анамнез атеросклеротической болезни и более тяжелое исходное анатомическое поражение КА, что предопределило неэффективность тромболизиса у этой категории пациентов.

Заключение. Анализ данных КВГ свидетельствует об эффективности применения тромболитического препарата фортелизин у пациентов с ОКС. Форма выпуска и способ применения дают возможность широкого использования тромболитика на догоспитальном этапе, что является значительным преимуществом препарата.

УДК 616. 921.5+616.2-002.1]-07-08

Я.А. Соцкая, Н.И. Хомутянская, И.А. Шаповалова, П.С. Помников
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И
ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
Sotskaya@mail.ru

Ya. A. Sotskaya, N. I. Khomutianskaya, I. A. Shapovalova
ACTUAL ISSUES OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND
PREVENTION OF INFLUENZA AND ARVI

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Грипп и другие ОРВИ, по-прежнему, остаются самыми массовыми инфекциями в мире. На сегодняшний день непрерывная циркуляция вирусов гриппа и появление новых гибридных штаммов вируса гриппа А с высоким патогенетическим потенциалом представляют постоянную опасность для здоровья людей. В клиническом плане грипп считается респираторной инфекцией с трудно предсказуемым течением и быстро развивающимися тяжелыми осложнениями. Ежегодно в мире заболевают тяжелыми формами гриппа до 5 млн. человек, 250-500 тыс. из них умирают от осложнений.

Цель работы: осуществление госпитального надзора за гриппом и ОРВИ в г. Луганске.

Материалы и методы. В инфекционных стационарах республики за период эпидемических подъемов в 2016 г. было пролечено 7722 пациента. Этиологическую структуру расшифровывали методом ПЦР в лаборатории ГУ «Республиканская СЭС».

Результаты и обсуждение. Всего на территории Луганской Народной Республики в 2016 г. было зарегистрировано 97811 случаев ОРВИ и гриппа, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил 6550,1; переболело 6,5 % населения. В 2015 г. по статистике было 48780 случаев ОРВИ и гриппа, отмечен рост в 2016 г. в 2 раза. В возрастной структуре больных дети и подростки составили - 49,1 %, взрослые - 50,9 %. Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. детей - 23915,1, что в 6,2 раза выше, чем у взрослых. Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в гг. Луганск, Ровеньки, Алчевск, Краснодон, где в эпидемию было вовлечено 14-20 % населения.

По данным анализа за 2016 г. в гг. Ровеньки, Алчевск, Луганск среди стационарных взрослых с ОРВИ и гриппом осложнения проявлялись в виде острого бронхита с частотой - 17,1 %, внебольничной пневмонии - 4,0 %. В г. Луганске среди госпитализированных детей наблюдались осложнения в виде острого отита - 12,5 %, стеноза гортани - 11,5 %, внебольничной пневмонии - 6,3 %, инфекций мочевыводящей системы - 3,4 %. Причинами развития осложнений являются позднее обращение за медицинской помощью, отсутствие противовирусной терапии в ранние сроки заболевания, применение препаратов с низкой эффективностью, а также наличие сопутствующих хронических

заболеваний. Летальные исходы от гриппа и других ОРВИ, их осложнений в 2016 г. в медучреждениях Республики не зарегистрированы. Принципы стартовой терапии гриппа и ОРВИ: 1. Раннее назначение этиотропных препаратов с доказанной противовирусной активностью. 2. Назначение противовоспалительных препаратов (ингибиторов ЦОГ-2) и антигистаминных препаратов. 3. Дезинтоксикационная терапия. 4. Назначение антиоксидантов. 5. Своевременное назначение АБП.

Заключение. Строгое соблюдение стандартов обследования и лечения больных на всех этапах оказания медицинской помощи, использование препаратов с позиции доказательной медицины обеспечивают значительное уменьшение числа больных с осложненным течением вирусной инфекции, уровня летальности и экономических потерь.

УДК 615.816 : 616.24-008-053.31

О.А. Стоянова¹, С.Н. Манищенко¹, М.Ю. Ткачева², Н.В. Решетило²

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», г. Луганск, ЛНР,

²ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
manishenkov13@gmail.com

O.A. Stoyanova¹, S.N. Manishenkov¹, M.Y. Tkacheva², N.V. Reshetilo²

CLINICAL EFFECT OF HIGH-FREQUENCY OSCILLATORY VENTILATION OF LUNGS IN NEWBORNS WITH RESPIRATORY DISORDERS

¹SE «Luhansk Republican Children's Clinical Hospital», Lugansk, LPR
manishenkov13@gmail.com

²SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Одним из основных направлений интенсивной терапии в неонатологии является обеспечение качественной оксигенации тканей, достигаемой путём механической вентиляции лёгких. Хотя традиционная искусственная вентиляция легких оказывается эффективной в большинстве случаев, тем не менее части новорожденных детей с дыхательной недостаточностью тяжелой степени невозможно обеспечить вентиляцию и оксигенацию данным методом респираторной терапии. В таких случаях «защитная» высокочастотная искусственная вентиляция легких (ВЧО-ИВЛ) становится единственной альтернативой.

Цель работы: изучить клинический эффект и безопасность ВЧОИВЛ применяемой при прогрессирующей отрицательной динамике на фоне стандартной респираторной терапии.

Материалы и методы. В 2016-2017 гг. в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных РЛОДКБ было пролечено 142 ребенка с применением искусственной вентиляции легких (ИВЛ), что составило 60,8% от общего числа поступивших на лечение. Это были дети с врожденной пневмонией, аспирационной пневмонией, острым респираторным дистресс синдромом новорождённых в сочетании с персистирующей легочной гипертензией и респираторного дистресс синдрома первого типа на фоне недоношенности. Критериями для перевода ребенка на ВЧОИВЛ с традиционной ИВЛ были следующие: снижение минутного дыхательного объема ниже возрастной нормы, применение 100% кислорода при ИВЛ более шести часов для обеспечения оксигенации не ниже 88-90%, постепенное снижение сатурации ниже 88 % на фоне проводимой традиционной ИВЛ. В общей сложности было зарегистрировано 44 ребенка, которым понадобилась ВЧОИВЛ, что составило 30,9 % от всех детей, которые нуждались в искусственной вентиляции легких. Параметры вентиляции и физиологические данные регистрировались за 1 час до начала ВЧОИВЛ и в течение 1, 4, 6 и 12 часов после перевода. Основным параметром эффективности в данной группе был процент смертности, а безопасности – продолжительность вентиляции, появление осложнений в виде пневмоторакса, формирование бронхолегочной дисплазии.

Результаты и обсуждение. В группе детей с традиционной ИВЛ смертность составила 11,4 % (5 новорождённых), а в контрольной 20,5% (11 детей). В остальных случаях на фоне проводимой ВЧОИВЛ удалось добиться стабилизации гемодинамики, восстановления оксигенации тканей до 94-96%, снижения параметров вентиляции: через 1 час – в 4 случаях (10,2%), через 4 часа – в 10 случаях (25,6%), через 6 часов – в 17 случаях (43,6%), через 12 часов – в 8 случаях (20,5%). Продолжительность вентиляции по времени в сравнении с контрольной группой (традиционная ИВЛ), была на 20,3 ч меньше. Случаев пневмоторакса, бронхолегочной дисплазии не наблюдалось.

Закключение. ВЧОИВЛ способствует улучшению оксигенации тканей, снижению неонатальной смертности, снижению частоты побочных эффектов. Таким образом, это безопасный и

эффективный метод респираторной поддержки в практике интенсивной респираторной терапии новорожденных, который заслуживает более пристального внимания, как со стороны клиницистов, так и со стороны научных сотрудников.

УДК 616.127(005.8

В.В.Терещенко¹, С.В. Кучеренко²

**РЕКОМБИНАНТНАЯ НЕИММУНОГЕННАЯ СТАФИЛОКИНАЗА
(ФОРТЕЛИЗИН) В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА ЗА 2015 – 2017 ГОДЫ**

¹ ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

² ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №7» Луганск, ЛНР

V.V. Tereshchenko¹, S.V. Kucherenko²

**RECOMBINANT NON-IMMUNOGENOUS STAFILOKINASE
(FORTELYSIN) IN THE TREATMENT OF ACUTE MYOCARDIAL
INFOCRAD IN 2015-2017**

¹ SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

² SI "Lugansk City Multiprofile Hospital No. 7", Lugansk, LPR

Актуальность. Фортелизин – это новый фибринселективный тромболитический лекарственный препарат, активатор плазминогена, который разработан и испытан в России [Марков В.А. и соавт. 2011, Алексеева Я.В. и соавт. 2016]. Он является генномодифицированной стафилокиназой, обладающей низкой аллергизирующей способностью. Фибринселективность Фортелизина очень высокая и определяется его уникальной способностью связываться в открытой γ -конформации с плазминогеном, который находится на тромбе. Второй механизм фибринселективности обусловлен различием скоростей ингибирования комплекса плазмин-фортелизин в кровотоке и на поверхности фибрина, то есть на тромбе. Этот комплекс нейтрализуется α_2 антиплазмином в плазме крови в 100 раз быстрее, чем на поверхности фибрина. В проведенных исследованиях показано, что эффективность Фортелизина при остром инфаркте миокарда (ОИМ) сопоставима с эффективностью Актилизе [Зырянов С.К. и соавт. 2016] и не уступает Метализе [Марков В.А. и соавт. 2017].

Материалы и методы. Фортелизин начал применяться в медицинских учреждениях Луганска с августа 2015 года благодаря гуманитарной помощи из России. В Луганске использовались две схемы лечения Фортелизином: два болюса и болюс + инфузия.

Результаты и обсуждения. В данном исследовании представлены больные, получавшие Фортелизин 15 мг при ОКС с элевацией сегмента ST только ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №7». За 2 года препарат использован как в условиях СМП, так и в специализированном отделении интенсивной терапии (СОИТ) - всего у **158** больных. Тромболитическая терапия (ТЛТ) Фортелизином проведена СМП у **93** больных, а такое же лечение в СОИТе получили **106** больных ОИМ, при этом часть больных начинала лечение на СМП. Эффективность ТЛТ контролировалась положительной динамикой ЭКГ, выполненной через 90 минут и 180 мин после начала ТЛТ, прекращением болевого синдрома без дополнительного введения наркотиков, уменьшением элевации сегмента ST на 50 % и более в отведении с максимальной исходной элевацией, появлением реперфузионных аритмий.

Клинические результаты от применения Фортелизина в первые 6 часов ОКС с элевацией сегмента ST по нашим наблюдениям у 158 больных проявилась в следующем:

1. Прекращение болевого синдрома наступало через 5-15 минут от начала ТЛТ, которое наблюдалось в 85 % ($p < 0,05$);

2. Уменьшение элевации сегмента ST на 50 % и более в отведении с максимальным исходным уровнем наблюдалось в 90 % случаев ($p < 0,05$);

3. Появление реперфузионных аритмий (сложные нарушения ритма сердца: желудочковая и наджелудочковая экстрасистолы, полиморфные экстрасистолы, аллоритмия, пароксизмальные желудочковые тахикардии) отмечалось в 12% ($p < 0,01$), причем появлялись аритмии в первый час после ТЛТ. Отмечалось также в данном исследовании 5 случаев фибрилляции желудочков без аритмических предвестников. Это требовало полной готовности к экстренной дефибрилляции, которая и была успешно выполнена во всех случаях.

4. Отсутствие клинических признаков эффективности от ТЛТ было в 15% случаев ($p < 0,05$), а также отмечалось формирование ко 2-м суткам ОИМ патологических зубцов Q и отрицательных зубцов T.

Дальнейшее лечение проводилось согласно протоколам оказания помощи больным ОКС с элевацией сегмента ST.

Заключение. Клиническая эффективность применения тромболитика Фортелизина у больных ОИМ является достоверной, применение препарата двумя болюсами 15 мг и болюсом 10 мг с продолжением инфузионно 5 мг не приводило к аллергическим осложнениям.

УДК 616.345-001.2

А.В. Торба^{1,2}, Ю.А. Провизион¹, Ю.Г. Перцова²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР,

²ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
yulya_provizion@mail.ru

A.V. Torba^{1,2}, Yu.A. Provision², Yu. G. Pertsova²

EXPERIENCE OF APPLICATION OF EXTENSIVE ENDOSCOPIC GASTRUSTOMY IN THE LUHANSK PEOPLE REPUBLIC

¹SE "Lugansk Republican Clinical Oncology Center" LPR,

²SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Благодаря внедрению в практику новейших эндоскопических технологий удалось существенно облегчить процесс наложения гастростомы для зондового питания и декомпрессии желудка. Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) стала методом выбора при необходимости осуществления длительного (более трёх недель) энтерального зондового питания [Вахонин А.Ю., 2009].

Цель работы. Внедрение методики ЧЭГ в работу службы интервенционной радиологии Луганской Народной Республики (ЛНР).

Материалы и методы. Больная Н. 1949 г.р. с клиническим диагнозом: Папиллярная аденокарцинома щитовидной железы pT₃N₁M₀, III стадия (состояние после комплексного лечения), продолжение болезни (метастазы в лёгкие) Клиническая группа II. Гипотиреоз тяжёлой степени. Парез левого возвратного нерва. Находилась на стационарном лечении в лечебно-диагностическом отделении с интервенционными койками ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР. Для проведения ЧЭГ мы использовали следующее оборудование: гастроскоп Pentax, ангиограф Eurocolumbus, гастростомический набор Kimberly Clark.

Результаты и обсуждения. В условиях операционной, при надёжной диафаноскопии передней брюшной стенки, под местной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 10,0 надсечена кожа в выбранной точке. После чего, под эндоскопическим контролем, с помощью троакара пунктирован через кожу желудок. Стилет удалён. Удерживая канюлю троакара, через него, в желудок заведена длинная нить, с помощью биопсийных щипцов, последняя захвачена. Эндоскоп удалён. Нить проведённая через канюлю, связана с

нитью на конусе гастростомического катетера, с помощью которой гастростомический катетер проведён в желудок. Пластиковый конус катетера упирается в канюлю троакара. Вместе с канюлей конус гастростомического катетера проведён через стенку желудка и переднюю брюшную стенку до упора торцевой части катетера. На гастростомический катетер надевается фиксирующее кольцо до плотной фиксации. Конус отсечён на наружном конце стомы, установлена канюля для введения питательной смеси.

Заключение. Первое проведение ЧЕГ, в условиях стационара ГУ «ЛРКОД» ЛНР, позволило нам освоить данную методику для онкологических больных с тяжёлой дисфагией без общего анестезиологического обеспечения.

УДК 615.272 : 616.127- 005.8-085

Т.Н. Шувалова, Ю.Н. Колчин

ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО ЦИТОПРОТЕКТОРА МЕЛЬДОНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

kolomiec-toma@yandex.ru

T.N.Shyvalova, U.N. Kolchin

EFFICIENY OF MYOCARDIAL CYTOPROTECTOR MELDONIYM IN TREATMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. На сегодняшний день ишемическая болезнь сердца является наиболее распространенным заболеванием среди патологии сердечно-сосудистой системы. По частоте осложнений и количеству смертей во всех развитых странах ишемическая болезнь сердца занимает первое место. С острым инфарктом миокарда ишемическая болезнь сердца дебютирует у 52,2% мужчин и у 36,1% женщин. В настоящее время для оказания помощи больным с инфарктом миокарда используют восстановление коронарного кровотока с применением стентирования коронарных артерий и тромболитической терапии, и препараты, обеспечивающие предупреждение внезапной коронарной смерти и развитие повторного инфаркта миокарда, профилактику сердечной недостаточности, улучшение прогноза и качества жизни пациентов. Для реализации данной цели применяются антикоагулянты, дезагреганты, статины, β-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего

фермента, нитраты, антагонисты кальция. Однако применение традиционных антиишемических средств в значительной степени ограничено противопоказаниями и вызываемыми ими побочными эффектами и не решает проблему кислородного голодания, так как базисная терапия постинфарктного кардиосклероза не способна повлиять на эффективность внутриклеточного использования кислорода кардиомиоцитами. Учитывая, что ключевым патогенетическим звеном в развитии инфаркта миокарда является ишемия и активация свободно-радикальных процессов в ишемизированной ткани, применение цитопротекторов представляется оправданным. Мельдоний – миокардиальный цитопротектор, антиишемическое действие которого обусловлено переключением энергоснабжения миокарда со свободных жирных кислот на гликолиз и уменьшением выраженности ацидоза в ишемизированных участках миокарда.

Цель исследования. Изучение влияния терапии мельдонием (Кардионат) в составе комплексной терапии на антиишемическую эффективность антиангинальной терапии, качество жизни и толерантность к физической нагрузке у больных с инфарктом миокарда.

Материалы и методы: В условиях Луганской республиканской клинической больницы обследовано и отобрано 62 пациента с диагнозом ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз. Критерием привлечения больных в исследование был перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, стабильная стенокардия напряжения функционального класса I–III, гипертоническая болезнь III стадии, II степени, хроническая сердечная недостаточность I стадии с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Возраст больных от 51 до 74 лет (средний возраст $61,2 \pm 0,5$ лет). Группа I – 30 пациентов, которые принимали стандартную терапию в комбинации с мельдонием в дозировке 250 мг 2 раза в день в течение двенадцати недель, группа II – 32 пациента, принимавшие стандартную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, основной и сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов, принимавших мельдоний вместе с базисной терапией, количество ангинозных приступов уменьшилось в среднем с 5,9 до 2,5 в неделю, соответственно почти вдвое снизилась потребность в приеме нитроглицерина, что сопровождалось достоверным повышением толерантности к физической нагрузке. При анализе динамики функционального класса стенокардии у пациентов I группы выявлено уменьшение функционального класса стенокардии с

III до II – у 8 пациентов (26,7%), а со II до I – у 12 пациентов (40%), что существенно выше по сравнению с контрольной группой, принимавших базисную терапию. К концу лечения уменьшились жалобы на головокружение, снижение внимания, что может служить косвенным признаком улучшения мозгового кровообращения.

Заключение. Применение мельдония в составе комплексной терапии в лечении инфаркта миокарда позволяет повысить эффективность базисной антиангинальной терапии и улучшает качество жизни и толерантность к физической нагрузке таких пациентов.

УДК 615.276: 547.876

О.Г. Ярошевская, Е.Ю. Бибик, В.В. Бибик, К.А. Фролов,
А.В. Деменко, С.Г. Кривоколыско

АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ, АНТИПИРЕТИЧЕСКАЯ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДО[2,1-b][1,3,5]ТИАДИАЗИНА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
chog@rambler.ru

O.G.Yaroshevskaya, E.Yu. Bybyk, V.V. Bybyk, K.A. Frolov,
A.V. Demenko, S.G. Krivokolisko

ANALGETIC, ANTIPIRETHIC AND ANTI-INFLAMMATORY ACTIVITY OF PYRIDO [2,1-b] [1,3,5] TIADIASINE DERIVATIVES

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. С необходимостью купировать болевой синдром ежедневно сталкивается врач любой специальности. Постоянная боль делает человека эмоционально и физически опустошенным и подавленным, оставляет в напряжении и тревоге, ограничивает подвижность и инвалидизирует. Согласно мировой статистике, нестероидные противовоспалительные средства ежедневно в мире принимает более 30 млн. человек, причем лишь 10 млн. пациентов по назначению врача, а остальные – в качестве безрецептурных препаратов. Среди существующих ныне лекарственных средств нестероидного происхождения наиболее мощной противовоспалительной активностью обладают индаметацин и диклофенак натрия. Однако, вызываемая ими гастропатия ограничивает их применение. Поэтому на сегодняшний день остро стоит вопрос разработки, исследования и введения в клиническую практику новых высокоэффективных, безопасных и экономически доступных анальгетических, антипиретических и противовоспалительных препаратов нового поколения.

Цель работы. Найти среди новых производных пиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина соединения, имеющих низкую ulcerогенность и гематотоксичность и обладающих аналгетической, антипиретической и противовоспалительной активностями.

Материалы и методы. Исследование аналгетической активности проведено на модели химического раздражения брюшины уксусной кислотой. Препарат сравнения – аналгин. Оценка противовоспалительной активности проведена на модели острого воспалительного «формалинового» отека лапы крысы. Препарат сравнения диклофенак натрия. Оценка антипиретической активности проведена на экспериментальной модели «дрожжевой лихорадки». Препараты сравнения парацетамол и аналгин. Оценка острой токсичности проведена при внутрибрюшинном однократном введении по методу В.Б. Прозоровского в возрастающих дозах от 320 мг/кг до 2560 мг/кг. Оценка гематотоксичности выполнена на экспериментальной модели воспалительного процесса, который развивается у животных после однократного введения раствора формалина (1%-0,2 мл) в область правой ретромандибулярной ямки. Оценка ulcerогенности макроскопическое морфологическое исследование желудка подопытных крыс после ежедневного внутрижелудочного введения производных 1,3,5-тиадиазина. Препарат сравнения – индаметацин.

Результаты и обсуждение. 1. Аналгетическая активность. Результаты исследований показали, что максимальную аналгетическую активность проявляют вещества 2 (АА-100%) и 6 (АА-100%). Кроме того, высокую аналгетическую активность проявили вещества 4 (АА-97,5%), 14 (АА-97,5%), а также 3 (АА-95%), 5 (АА-90%) и 7 (АА-80%).

2. Антипиретическая активность. Обнаружено наличие максимально выраженной антипиретической активности у 8-(3-метокси-4-этоксифенил)-6-оксо-3-(4-хлорфенил)-3,4,7,8-тетрагидро-2Н,6Н-пиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазин-9-карбонитрила 18, значительно превосходящую таковую у парацетамола. Четыре соединения показали высокую антипиретическую активность, а один образец обладает аналогичной парацетамолу активностью аналгетика-антипиретика.

3. Противовоспалительная активность. Обнаружены соединения с выраженной противовоспалительной активностью. Соединения 4 и 3 показали наилучшие результаты, превосходящие по противовоспалительной активности диклофенак натрия в 3,5 и 2,13 раза, соответственно.

Острая токсичность. Анализ результатов токсикологических исследований показал, что все исследованные вещества при внутри-

желудочном введении подопытным животным можно отнести к веществам класса токсичности 3 в соответствии с ГОСТом 12.1.007-76.

Оценка гематотоксичности. Проведенные исследования производных пиридо[2,1-*b*][1,3,5]тиадиазина, обладающих высокой противовоспалительной активностью, определили соединения 4 и 18 как не проявляющие гематотоксичность.

Оценка ulcerогенного действия. Два из трех исследованных оригинальных новых производных пиридо[2,1-*b*][1,3,5]тиадиазина обладают менее выраженными ulcerогенными свойствами, нежели у препаратов сравнения. А вещество в серии опытов по исследованию острой гастротоксичности показало отсутствие эрозивно-язвенного повреждающего воздействия на слизистую оболочку желудка.

Заключение. Результаты проведенных экспериментальных исследований позволили обнаружить среди новых производных тиadiaзина соединения обладающие аналгетической, противовоспалительной и антипиретической активностью. По этим видам активности они существенно достоверно превосходят препараты сравнения (анальгин, индаметацин, парацетамол и диклофенак натрия). Важным является то обстоятельство, что они обладают низкой общей токсичностью, не оказывают ulcerогенного и гематотоксического побочного действия. Приведенные факты позволяют рассматривать новые соединения производные тетрагидропиридо[2,1-*b*][1,3,5]тиадиазина в качестве перспективных средств для дальнейшего исследования с целью получения эффективных и безопасных препаратов с обезболивающей, противовоспалительной и жаропонижающей активностью.

**ЗДОРОВЬЕ
МАТЕРИ И РЕБЕНКА -
ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА
СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

УДК 616.411-091-053.2:616-058.5

А.Е. Антонова, И.Н. Горяникова

**ИССЛЕДОВАНИЕ АПОПТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК
ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ,
КОТОРЫЕ ВЕЛИ НЕЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

kafpat@mail.ru

A.E. Antonova, I.N. Gorianikova

**STUDY OF THE APOPTOTIC ACTIVITY OF CELLS OF THE
THYMUS AND SPLEEN IN CHILDREN BORN TO WOMEN WHO
LED AN UNHEALTHY LIFESTYLE**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Здоровье родителей и их образ жизни непосредственно влияют на здоровье детей.

Цель работы. Определить апоптозную активность клеток тимуса и селезенки у детей, рожденных от женщин, которые вели нездоровый образ жизни.

Материалы и методы. Материалом исследования была ткань тимуса и селезенки детей, рожденных женщинами, которые вели оседлый образ жизни, курили, пили алкоголь и ели продукты, содержащие тартразин. Исследованный материал был разделен на три группы: I - случаи мертворождения ($n = 14$); II - случаи вскрытия детей, умерших до 6 месяцев ($n = 38$); III - случаи вскрытия детей, умерших в возрасте от 6 месяцев до 1 года жизни ($n = 15$). Клетки в апоптотическом состоянии были обнаружены с использованием моноклональных антител к CD 95 с использованием флуоресцентного микроскопа «Axioscop-40». Иммуногистохимическое исследование проводилось с использованием косвенного метода Кунса в модификации М. Бросмана (1979). Средние значения показателей в группах сравнивались с использованием непараметрических U-критериев Mann-Whitney.

Результаты и обсуждение. В тимусе детей наблюдалось значительное ($p = 0,000345$) увеличение количества клеток в апоптотическом состоянии в группе II ($35,61 \pm 0,701$) по сравнению с группой I ($31,29 \pm 0,794$) и в группе III ($42,13 \pm 1,073$) по сравнению с группой II ($p = 0,000014$). В селезенке было обнаружено значительное ($p = 0,010395$) увеличение числа клеток, экспрессирующих рецептор для CD 95 в группе II ($19,89 \pm 1,055$) по сравнению с группой I ($14,50 \pm 1,550$) и в группе III ($26,73 \pm 1,469$) по сравнению с группой II ($p = 0,001693$).

Заключение. Нездоровый материнский образ жизни (сидячий образ жизни, курение, употребление алкоголя и пищевых продуктов, содержащих тартразин) приводит к увеличению апоптогической активности в органах иммунной системы (тимуса и селезенки) детей с возрастанием их возраста.

УДК 616.36-002.1-08:615.244

Б.А. Безкаравайный, Л.В. Башкатова, В.В. Лейкина, Л.В. Ткаченко
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ И ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ
У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСА ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ
ФОСФОЛИПИДОВ И ПОЛИВИТАМИНОВ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
detki.18@mail.ru

B.A. Bezkaravaynyy, L.V. Baskatova, V.V. Leykina, L.V. Tkachenko
ACUTE VIRAL HEPATITIS AND TOXIC HEPATITIS TREATMENT IN
CHILDREN USING COMPLEX ESSENTIAL PHOSPHOLIPIDS AND
MULTIVITAMINS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Проблема гепатитов в педиатрической практике является весьма актуальной из-за значительной распространенности данной патологии в детском возрасте. Благодаря исследованиям последних десятилетий углубились знания о природе вирусных гепатитов, изменились тактические подходы в лечении. Несмотря на это, только у 25-40% больных терапия оказывается эффективной, а у ряда больных возникают побочные действия при лечении противовирусными препаратами. Поэтому пристальное внимание врачей по-прежнему направлено на поиски более рациональных методов терапии при различных гепатитах у детей.

Цель работы: оценить эффективность терапии детей с острыми вирусными и токсическими гепатитами лечебным комплексом, включающим в себя эссенциальные фосфолипиды и поливитамины.

Материалы и методы обследования. Обследовано 30 детей в возрасте от 5 до 17 лет, 18 мальчиков и 12 девочек. У 20 детей диагностирован острый вирусный гепатит (ОВГ) и 10 детей лечились по поводу токсического гепатита (ТГ). Проводилась оценка эффективности назначенного лечения на основании комплексного клинического и лабораторного обследования.

Результаты и обследование. У всех больных отмечался различной степени выраженности интоксикационный синдром, болевой и диспепсический синдром отмечались у 2/3 пациентов. Желтуха была выявлена у 23 детей. Ведущим клиническим симптомом у всех детей была гепатомегалия, спленомегалия наблюдалась у 2 детей. У всех детей выявлены разной степени выраженности симптомы полигиповитаминоза (сухость кожи, ломкость ногтей и волос, явления ангулярного стоматита, глоссита и т.д.). Диагноз острого гепатита основывался на комплексе клинических и параклинических данных, включающих в себя ультразвуковое исследование печени, иммунологическое исследование, выделение маркеров вирусных гепатитов. По данным биохимических исследований у большинства больных отмечалась легкая и средняя степень тяжести заболевания.

Всем больным на фоне проведения базисной терапии, включающей в себя диетотерапию, щадящий охранительный режим, дезинтоксикационную терапию, назначался лечебный комплекс эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов – Эсливер форте. При назначении этого препарата изучался аллергологический анамнез, в частности, отсутствие аллергической реакции на витамины. Данный лечебный комплекс применялся внутрь во время еды, по 1 капсуле 2-3 раза в день. Продолжительность курса лечения в среднем составляла 1 месяц. Оценка эффективности действия препарата проводилась по данным объективного исследования, а также по результатам биохимических анализов крови, отражающих основные функции печени, уровня билирубина, активности aminotransфераз, холестерина, щелочной фосфатазы, изменениям в протеинограмме, уровню гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ). Через 2 недели от начала применения комплекса эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов отмечалась тенденция к нормализации размеров печени у половины больных, а через 4 недели у всех пациентов. Уменьшение синдрома цитолиза, холестатического синдрома отмечено в динамике через 2 недели у всех детей, а нормализация всех биохимических показателей произошла после 4 недельного курса терапии. Уменьшились проявления полигиповитаминоза. Аллергическая реакция на изучаемый препарат отсутствовала.

Заключение. Назначение комплекса эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов патогенетически обосновано при острых вирусных и токсических гепатитах у детей. Применение Эсливер форте позволяет предупредить и/или уменьшить токсическое дей-

ствие антибиотиков на печень. Наряду с гепатопротекторным действием комплекс эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов способствует нормализации витаминного обмена у детей. Комплекс эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов не вызывает аллергических реакций в динамике заболевания.

УДК 616.61-002-053.31.5-071:929

Б.А. Безкаравайный, Л.Н. Терещенко, В.С. Мараховская

**НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ
ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА У
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
detki.18@mail.ru*

B.A. Bezkaravaynyy, L.N. Tereschenko, V.S. Marakhovskaya

**SOME MECHANISMS OF REGULATION OF WATER-
ELECTROLYTE HOMEOSTASIS IN PREMATURE NEWBORNS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В структуре ранней неонатальной смертности 60-70% составляют недоношенные дети. Частота преждевременных родов в России составляет 7%, в США – 7,5%, во Франции – 5%, в Австралии – 7%, в Норвегии – 8% и не имеет тенденции к снижению. Невынашивание способствует увеличению числа детей с перинатальной патологией и развитию у них в дальнейшем острых и хронических заболеваний. Переход ребенка к внеутробной жизни сопровождается напряжением процессов адаптации, в частности, напряжением гомеостатических механизмов. Важная роль в этих процессах отводится почкам и гормонам, регулирующим водно-электролитный обмен.

Цель работы. Изучить некоторые механизмы регуляции водно-электролитного обмена у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 50 недоношенных новорожденных детей в гестационном сроке 37-32 недели. Нейроэндокринная регуляция водно-электролитного обмена оценивалась по концентрации b_2 – микроглобулина и предсердного натрийуретического гормона на 1-3 и 5-8 сутки жизни, при помощи радиоиммунологических исследований.

Результаты и обсуждение. Напряженность процессов адаптации недоношенных новорожденных связана с постнатальной

перестройкой сердечно-сосудистой системы, а также морфо - функциональными особенностями почек. Фактором, регулирующим обменный гомеостаз, является предсердный натрийуретический гормон (α - ПНУГ). Как показали наши исследования, динамика концентрации α - ПНУГ носила волнообразный характер. У недоношенных детей с гестационным сроком 37-35 недель показатели α - ПНУГ не отличались от таковых у здоровых недоношенных. У недоношенных новорожденных с гестационным сроком 34-32 недели высокий уровень α - ПНУГ сохранялся в течение всего раннего неонатального периода. Состояние водно - электролитного обмена у недоношенных новорожденных детей зависит от функционального состояния почечных клубочков и канальцев. Морфологическая и анатомическая незрелость почек в раннем неонатальном периоде приводит к расстройству водно - электролитного баланса. Индикатором зрелости и дисфункции канальцевого аппарата является b_2 - микроглобулин (b_2 - мг). Исследование уровня b_2 - мг в плазме крови недоношенных новорожденных выявило максимально высокий уровень, особенно недоношенных с гестационным сроком 34-32 недели. Этот уровень b_2 - мг сохранялся в течении раннего неонатального периода.

Закключение. Таким образом полученные результаты исследования плазменного уровня предсердного натрийуретического гормона и b_2 - микроглобулина у недоношенных новорожденных свидетельствуют о максимальном напряжении нейрогуморальных механизмов водно-электролитного обмена в раннем неонатальном периоде, что клинически реализуется в виде отеочного синдрома.

УДК 613.22-053.32

Б.А. Безкаравайный, Л.Н. Терещенко, В.С. Мараховская
ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ И
МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
detki.18@mail.ru

B.A. Bezkaravaynyy, L.N. Tereschenko, V.S. Marakhovskaya
FEATURES OF THE FEEDING OF THE PREMATURE AND
CHILDREN WITH SMALL BODY WEIGHT AFTER DISCHARGE
FROM HOSPITAL

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Адекватное питание недоношенных детей (срок гестации <37 недель) не только в неонатальный период, но и в течение первого года

Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

жизни является важной предпосылкой для дальнейшего нормального роста и развития, а следовательно - достижения оптимальных показателей здоровья и качества жизни. Именно поэтому рекомендации по питанию данной категории детей, которые имеют специфические нутритивные потребности в сочетании с многочисленными анатомо-физиологическими и клиническими особенностями, не могут ограничиваться неонатальным периодом. Особые потребности у недоношенных детей с учетом разного постконцептуального возраста определяются гестационным возрастом ребенка, соответствующей возрасту дотацией белка, витаминов, минералов и др., функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта, наличием или отсутствием дефицитных состояний, необходимостью преимущественного отложения тощей массы тела, ростом и развитием мозга, формированием иммунной толерантности.

Выбор основного молочного продукта питания. Существует общий консенсус по:

- 1) потребности отдавать предпочтение грудному молоку;
- 2) существованию определенных групп риска относительно нарушенного пищевого статуса после выписки, которые прежде всего и нуждаются в специальном «усиленном» питании;
- 3) рекомендациям индивидуального подхода к организации и обеспечению питания после выписки в каждом конкретном случае, с учетом показателей физического развития.

Комитет по питанию ESPGHAN (2006) рекомендует обогащать грудное молоко или назначать обогащенную смесь недоношенным детям, у которых отмечается дефицит массы для возраста на момент выписки из больницы, до достижения постконцептуального возраста 40-52 недели, скорректированного возраста (СВ) – 3 месяца. После коррекции дефицита важно прекратить использование специальных продуктов питания, избегать «перекормов» и стимуляции постнатального роста, показатели которого превышают норму для возраста.

Потребности в жидкости являются важным показателем, от которого зависит полный суточный объем питания недоношенного ребенка. 135 мл / кг определяют минимальную суточную потребность ребенка, который находится на энтеральном питании; а 200 мл / кг соответствуют верхней границе. Объем энтерального питания зависит от показателей осмолярности грудного молока или смеси и соответствующей солевой нагрузки на почки.

В случае вскармливания обогащенным грудным молоком или стандартной адаптированной смесью для младенцев, рекомендованный суточный объем питания составляет 150-180 мл / кг энтерально.

Обеспечение энергией. Потребности в энергии недоношенного ребенка, который не имеет значительных медицинских проблем, зависят от: гестационного (скорректированного) возраста, потребности уменьшаются с увеличением возраста; совокупного дефицита нутриентов (задержка развития); имеющихся нарушений состава тканей; от энергетических потерь в состоянии покоя. Для синтеза новых тканей нужно не только обеспечение энергией, но и определенный минимальный уровень потребления прежде всего белков, а также других нутриентов. Поэтому поддержание адекватного белково-энергетического соотношения не менее важно, чем надлежащее обеспечение калориями. Минимальная потребность ребенка с очень малой массой в энергии в течение первой недели жизни составляет 70-80 ккал / кг / сутки. Этот показатель увеличивается до 110-135 ккал / кг / сутки в период достижения СВ - 38 недель или массы тела 2000 г (период стабилизации), после чего уменьшается до 100-120 ккал / кг / сутки. Младенцы, малые к сроку гестации, требуют больше энергии, чем дети с нормальным внутриутробным развитием. Ежедневное потребление примерно 120-140 ккал / кг считается идеальным для удовлетворения метаболических потребностей здоровых недоношенных детей и обеспечения темпов роста, соответствующих внутриутробным. Такое потребление в настоящее время рекомендуется всеми профессиональными педиатрическими организациями и экспертными комитетами. Потребление любым преждевременно родившимся ребенком > 140 ккал / кг / сутки может вызвать образование избыточной жировой ткани, а потому не рекомендуется.

Обеспечение белками. Увеличение массы тела за счет повышенного обеспечения калориями сопровождается патологическим формированием жировой ткани, чего не бывает в период внутриутробного развития. Учитывая наличие дефицита белков, практически у всех недоношенных детей на момент достижения полного объема энтерального питания, соответствующие потребности могут составлять 4 - 4,5 г / кг / сутки. После достижения ребенком СВ - 38 недель или массы тела 2000 г потребность в белках уменьшается примерно до 2 г / кг / сутки.

Обеспечение жирами. Потребление жиров обеспечивает недоношенным детям большую часть их потребности в

энергии, незаменимых полиненасыщенных жирных кислотах и жирорастворимых витаминах. Количество и состав пищевых жиров влияют на особенности роста и состав тканей организма. От наличия и метаболизма длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот напрямую зависят функции клеточных мембран и формирование биологически активных эйкозаноидов. Серое вещество мозга и сетчатка глаза особенно богаты длинноцепочечными полиненасыщенными жирными кислотами, а сложные нейронные функции связаны с энергоснабжением и составом пищевых жирных кислот.

Обеспечение углеводами. Углеводы являются важным источником энергии для организма ребенка. Глюкоза является основным углеводом, циркулирующим в крови, и незаменимым энергетическим субстратом для мозга. Она является важным поставщиком углеводов для нового синтеза жирных кислот и нескольких заменимых аминокислот. Рекомендуемое максимальное содержание углеводов в смеси для недоношенных детей (глюкоза или эквивалентные в пищевом значении ди-, олиго- и полисахариды) составляет 12,0 г / 100 ккал. Минимальное рекомендуемое содержание углеводов в молочных смесях для недоношенных детей составляет 10,5 г / 100 ккал (глюкоза или эквивалентные в пищевом значении ди-, олиго- или полисахариды).

Важнейшие группы риска, требующие особо тщательного мониторинга в этот период:

- любые недоношенные дети с установленной задержкой постнатального физического развития (любой антропометрический показатель в зоне ниже 10 перцентиля или 2 стандартных отклонений (SD) на диаграмме физического развития);

- экстремально недоношенные и новорожденные с экстремально низкой массой тела (< 28 недель и / или < 1000 г);

- любые глубоконедоношенные дети (ГВ < 32 недель), которые находятся на преимущественно грудном вскармливании;

- недоношенные дети с хроническими / рекуррентными заболеваниями (прежде всего, БЛД и значительной задержкой развития);

- дети, которым только изменили основной продукт, тип или метод питания;

- недоношенные дети с затрудненным энтеральным кормлением вследствие каких-либо причин.

Железо. Имеющиеся данные свидетельствуют, что недоношенные новорожденные, которые получали дополнительное железо, имели

более высокие концентрации гемоглобина в крови, большие депо железа и меньший риск возникновения железодефицитной анемии по сравнению с детьми, которым не назначали железо профилактически. В соответствии с рекомендациями ESPGHAN (2010) препараты железа следует назначать в хронологическом возрасте (ХВ) 6-12 месяцев в зависимости от особенностей пищевого рациона ребенка. ВОЗ (2006) рекомендует назначать железо, начиная с ХВ 2-8 недель до окончания первого года жизни, всем детям с низкой массой при рождении. Согласно рекомендациям ААП (2010) препараты железа следует назначать всем недоношенным детям на грудном вскармливании до момента перевода на кормление специальной (обогащенной) молочной смесью или введения продуктов прикорма, обеспечивать суточное потребление не менее 2 мг / кг элементного железа.

Рекомендуемый уровень потребления железа составляет 2-3 мг / кг / сутки для детей с массой тела при рождении < 1500 г, и 2 мг / кг / сутки для младенцев с массой тела при рождении 1500-2499 г. Препарат железа необходимо назначать недоношенным детям, которых кормят необогащенным грудным молоком или при использовании обогапителя, не содержащего железа. Назначая дополнительное железо, учитывать его содержание в смеси или обогащенном грудном молоке. Продолжать назначение железа, в указанной выше дозе, до конца первого года жизни или до момента перевода ребенка на кормление смесью, содержащей не менее 12 мг Fe / л, или до начала потребления продуктов прикорма, обогащенных железом.

Витамин D. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что стандартной практикой многих развитых стран является назначение новорожденным с малой массой при рождении, которых кормят необогащенным грудным молоком, по меньшей мере 400 МЕ витамина D в сутки до достижения ХВ - 6 месяцев. Рекомендуемая общая профилактическая доза витамина D₃ для недоношенных детей составляет 400-1000 МЕ / сутки. Необходимо учитывать количество витамина D, полученного со смесью (грудное молоко содержит только ≈ 3,5 МЕ витамина D / 100 мл), продолжать профилактическое назначение витамина D₃ в указанной выше дозе, в течение первого года жизни, а также не превышать общую профилактическую дозу 1000 МЕ / сутки. В случае вскармливания обогащенным грудным молоком (мультикомпонентный обогапитель, содержащий железо) или обогащенной молочной смесью для недоношенных детей, дополни-

тельное назначение минералов и витаминов (за исключением витамина D) недоношенному ребенку является ненужным.

Желательно назначать другие витамины (А, С, В₁, В₂, В₆, пантотеновая кислота, ниацин) в составе поливитаминных препаратов для младенцев или отдельно в период кормления небогащенным грудным молоком.

Мониторинг качества питания и пищевого статуса недоношенных детей после выписки из стационара включает в себя антропометрические данные. Оценить пищевой статус недоношенного ребенка после выписки из стационара возможно по таким важнейшим показателям как:

- поддержание уровня потребления основных нутриентов, минералов, витаминов и энергии;
- достаточное увеличение основных антропометрических показателей (масса и длина тела, окружность головы для возраста, а также индексы пропорциональности) в динамике.

Важен мониторинг индексов пропорциональности (в частности, индекса массы тела и массы в зависимости от длины тела), поскольку оценивание только динамики массы тела в зависимости от возраста может привести к ошибочным выводам относительно адекватности питания.

Необходимо оценить наличие положительной динамики массы у младенцев, которых кормят грудью, через 48-72 часа после выписки, а детей на искусственном вскармливании - через 1 неделю после выписки. Также необходимо измерять и оценивать антропометрические показатели в СВ - 40 недель (если ребенок выписан ранее) и позже, через каждые 2-4 недели, пока все показатели физического развития достигнут линии -2SD. Измерения должен выполнять обученный медицинский персонал по стандартным протоколам. Определенные показатели необходимо записывать в индивидуальную карту развития ребенка и / или отмечать на стандартных диаграммах физического развития ВОЗ и строить соответствующие кривые.

Продукты энтерального питания глубоконедоношенных новорожденных. Грудное молоко, сцеженное матерью, является приоритетным продуктом питания для недоношенного ребенка. Продемонстрированы многочисленные кратко- и долгосрочные преимущества вскармливания недоношенных младенцев ГМ, включая лучшую толерантность к энтеральному питанию, мень-

ший риск НЭК, позднего сепсиса и тяжелой ретинопатии, а также лучшее неврологическое развитие. Хорошие результаты неврологического развития связаны не только с исключительным, но и с преимущественным кормлением грудью.

Специальные смеси для недоношенных (маловесных) детей. Грудное молоко является приоритетным продуктом питания для недоношенных детей, однако, если грудного молока не хватает или его использование невозможно по каким-либо причинам, назначение глубоконедоношенному ребенку (ГВ < 34 недель и / или масса тела при рождении < 1750 г) специальной смеси для недоношенных (маловесных) детей является единственной надлежащей опцией питания в стационаре. Специальные смеси для недоношенных (маловесных) детей по своему составу соответствуют пищевым потребностям, прежде всего, глубоконедоношенных детей, содержат больше калорий, белка, минералов и витаминов по сравнению с грудным молоком или стандартной адаптированной смесью для новорожденных, а также обогащенные дополнительными биологически активными компонентами.

Обогащенные смеси для недоношенных (маловесных) детей. В мировой практике для вскармливания недоношенных детей используется два вида добавок к грудному молоку («обогащителей» — «усилителей», «фортификаторов»), выпускаемых в виде дозированного порошка, рекомендуемого разводить в 25 мл грудного молока, либо в виде жидкого обогащителя, который рекомендует-ся смешивать с грудным молоком в соотношении 1:1. Показанием для назначения таких смесей после выписки ребенка домой может быть задержка ПФР, которая не корректируется другими пищевыми вмешательствами. При наличии показаний кормление смесью такого типа может продолжаться после выписки глубоконедоношенного ребенка домой до достижения им СВ - 40 недель или массы тела 2,5-3,0 кг. Результаты исследований последних лет свидетельствуют, что вскармливание обогащенными смесями важно для здоровья и развития недоношенных младенцев, находящихся на искусственном питании. Picaud и соавторы продемонстрировали лучшие показатели ФР в возрасте 4 и 12 месяцев, а также минерализации костей в 4 месяца у новорожденных с очень малой массой при рождении, которых в течение 2 месяцев после выписки из стационара кормили специальной смесью, по сравнению с показателями детей, получавших стандартную адаптированную смесь.

Преждевременно рожденные дети, которые после выписки потребляли обогащенные смеси, имели большую общую массу постных тканей и периферической жировой ткани и меньшую массу «центрально» локализованной жировой ткани по сравнению с детьми, которых кормили обычными смесями. Эти данные свидетельствуют о том, что кормление обогащенными смесями не стимулирует образование «центральной» жировой ткани, что ассоциируется с развитием метаболического синдрома в старшем возрасте.

Элементные смеси. Белок в них представлен смесью синтетических аминокислот. Элементная смесь не имеет аллергенных свойств, поскольку содержит 100% свободных заменимых и незаменимых аминокислот. В ее состав также входят жиры, которые легко усваиваются, углеводы, витамины и минералы. В смеси нет белка коровьего молока, глютенa, лактозы, фруктозы, сахарозы. Она является лечебным продуктом питания с доказанной эффективностью в терапии тяжелых форм аллергии у младенцев.

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ. Психомоторное развитие – важный показатель, указывающий на возможность употребления в пищу продуктов более плотной консистенции, чем молоко. Контроль положения головы важен с точки зрения безопасности кормления. Введение прикорма рекомендуется тогда, когда у ребенка исчезает рефлекс высывания языка, когда ребенок может сидеть с поддержкой, хорошо держать голову и наклоняться вперед к ложечке. Продукты прикорма вводятся недоношенным детям с 4 - 5-месячного возраста. Поскольку для маловесных детей, получивших массивную, в том числе антибактериальную терапию, характерны дисбиотические изменения и различные нарушения моторики ЖКТ. Первыми вводятся безглютеновые (гречневая, рисовая, кукурузная) и безмолочные каши. Они разводятся теми молочными смесями, которые в данное время получает ребенок. Каши не должны содержать какие-либо добавки (фрукты, сахар и др.) Расширение рациона питания начинается за счет введения фруктового пюре, овощного пюре или каши. Введение прикорма начинают с монокомпонентных продуктов. Каши могут назначаться раньше овощного или фруктового пюре (особенно при наличии у ребенка гипотрофии или железодефицитной анемии), но не ранее 4-месячного возраста.

Назначение недоношенным детям молочных продуктов, предназначенных для доношенных детей, приводит к более мед-

ленному нарастанию «тощей массы» (прибавка происходит преимущественно за счет жировой ткани), замедлены и темпы скорости роста. Соевые смеси также не должны использоваться в питании недоношенных детей, так как усвоение из них ряда пищевых веществ, особенно минеральных, затруднено.

Отмена специализированных продуктов у недоношенных детей и их перевод на стандартные смеси осуществляется постепенно. Достижение весовой границы в 2500 г не может служить противопоказанием к дальнейшему использованию специализированных молочных продуктов, предназначенных для недоношенных детей.

При вскармливании глубоконедоношенных детей, в случае недостаточной прибавки в массе, эти смеси в ограниченном объеме должны применяться в сочетании со смесями для доношенных детей на протяжении нескольких месяцев (до 6 - 9-месячного возраста). Длительное использование специализированных молочных смесей в небольшом объеме (1/3 - 1/4 суточного объема) позволяет в наибольшей степени обеспечить недоношенных детей с массой тела при рождении <1800 - 2000 г питательными веществами, увеличить скорость роста и предотвратить развитие остеопении и железодефицитной анемии. При этом обязательным является расчет рационов питания не только по калорийности, но и по содержанию основных пищевых веществ (особенно белка).

Когда следует вводить прикорм недоношенным детям? Возраст, в котором вводится прикорм, имеет решающее значение для получения навыков питания. Если прикорм введен слишком поздно, некоторые дети, рожденные недоношенными, не способны принимать ничего, кроме молока. Идеальное время для введения текстурированной пищи между 6 и 9 месяцами. King и соавторы пришли к выводу, что большинству недоношенных детей текстурированная неомогенная пища должна быть предложена до 9 месяцев постконцептуального возраста. Существует мнение, что введение прикорма способствует развитию речи через увеличение стимуляции мышц языка и челюсти. Считается, что большинство недоношенных детей готовы к приему прикорма между 5 и 8 месяцами постконцептуального возраста при условии, что ребенок достиг, по крайней мере, 3 месяцев скорректированного возраста.

Последовательность введения прикорма. 1. Очень важно, чтобы первый прикорм был густым, с учетом высокой частоты

функциональных расстройств пищеварения у недоношенных. В 82-85% случаев в качестве первого прикорма рекомендуется рисовая каша. 2. Предпочтение следует отдавать продуктам детского питания промышленного производства, так как при их приготовлении используется экологически чистое сырье, они имеют гарантированный состав и соответствующую возрасту степень измельчения, обогащены витаминами и минеральными веществами. 3. У детей с запорами, а также при достаточной скорости роста используют овощное или фруктовое пюре. 4. На начальной стадии продукт прикорма можно вводить в два кормления: например, овощное пюре/кашу не 40-60 мл 1 раз, а 2 раза по 20-30 мл. Это приводит к более равномерному распределению пищевой нагрузки в течение дня. Данная методика введения прикорма и выбор оптимального первого продукта позволяют оптимизировать работу пищеварительной системы. 5. При тенденции к развитию или наличии железодефицитной анемии с 5-5,5 месяцев можно вводить мясо, учитывая хорошее усвоение из него гемового железа. 6. Творог назначается детям, родившимся преждевременно, после 6 месяцев с учетом суммарной величины поступления белка (на основании расчетов питания). 7. Соки, особенно свежеприготовленные, целесообразно вводить позднее, после 6 месяцев, поскольку при раннем назначении они могут провоцировать срыгивания, колики, диарею, аллергические реакции. К тому же их пищевая ценность невелика.

УДК 616.36-002.2-036.2-053.2

А. И. Бобровицкая, Б. А. Безкаравайный, Л. А. Захарова
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк, ДНР
lubov65@mail.ru

A.I. Bobrovitskaya, B.A. Bezkaravayny, L.A. Zakharova
CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CHRONIC
HEPATITIS IN CHILDREN

Donetsk State Medical University. M. Gorky, Donetsk, DPR

Актуальность. 28 июля 2013 года – Всемирный день борьбы с гепатитом. Эта дата была выбрана для Всемирного дня борьбы с гепатитом в честь рождения лауреата Нобелевской премии профессора Боруха Самюэля Бламберга, открывшего вирус гепатита В.

Вирусы гепатитов В и С могут вызывать хроническую НВ – инфекцию. Данные вирусы представляют значительный глобальный риск для здоровья: примерно 240 млн., проживающих на планете, хронически инфицированы вирусом гепатита В и 150 млн. – хронически инфицированы вирусом гепатита С. У большинства пациентов после инфицирования на протяжении десятилетий бессимптомно развивается паренхиматозный гепатит. По этой причине в настоящее время наблюдается «скрытая» эпидемия вирусного гепатита. Актуальность данной патологии в педиатрии связана с высокой инфицированностью женщин детородного возраста, риском перинатальной передачи инфекции от матери ребенку с развитием ХГС. Усовершенствование существующих методов своевременной диагностики и лечения хронических гепатитов у детей, а также разработка новых позволяет установить их этиологическую принадлежность, своевременно назначить адекватную этиотропную терапию, предупредить неблагоприятные исходы болезни, что является одной из первоочередных задач практического здравоохранения.

Целью работы является переход от знаний к обязательствам и действиям «скрытой эпидемии» НВ – инфекции. Необходимо привлечь внимание практического здравоохранения к конкретным действиям: усилить скрининг хронических вирусных гепатитов с парентеральным путем инфицирования (HVB и HVC).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 детей с хроническим вирусным гепатитом в возрасте от 1 года до 18 лет включительно. Среди наблюдаемых детей хронический вирусный гепатит В (ХГВ) составил 48,7%, хронический вирусный гепатит С (ХГС) – 38,4% и микст- инфекция ХГВ и ХГС – 12,9%.

Диагноз у всех детей устанавливался с учетом клинико-эпидемиологических и лабораторных данных, результатов иммуноферментного анализа (определение специфических маркеров ВГ), а также ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Впервые хронический вирусный гепатит диагностирован у 18,5% детей, при повторном посещении - у 16,6%, у остальных (64,9%) - при третьем и четвертом посещении. Хронический вирусный гепатит выявлен спустя 3 года у 40,5% детей, 2 года - у 16,2%, 1 год - у 29,7%. Наличие в анамнезе клинико – лабораторных признаков острого гепатита у детей не обнаружено. Фоновыми заболеваниями явились: хронический холецистит (56,8%), оперативные вмешательства (5,4 %), гемотрансфузии (2,7%). Сопутствующая врож-

денная патология в виде изгиба протока желчного пузыря диагностирована у 8,1% больных ХВГВ. Течение болезни у 87,1% детей было перманентно хроническим, у 10,2% - непрерывно рецидивирующим, у 2,7% - латентным. При хроническом ВГВ у всех детей выявили: НВsAg, анти -НВs, НВеAg, анти - НВе, анти - НВcor Ig M, анти - НВcor Ig G и ПЦР(ДНК); при хроническом ВГС исследовали анти - НСcor Ig M, анти -НСcor Ig G и ПЦР(РНК). В комплекс лечения входили: диета, физический и психический покой. Дети с репликативным типом ХВГВ имели низкий уровень трансаминаз, поэтому в терапии использовали урсофальк или эссенциале как и больным с ХГС. Дети с интегративным типом ХВГВ получали гепатопротекторы.

Для профилактики наложения гриппа и ОРВИ в период повышенной заболеваемости детям назначались противовирусные препараты и индукторы эндогенного интерферона (амиксин).

Заключение. Таким образом, большинство обследованных детей имели хронический вирусный гепатит В, подтвержденный серологически, который характеризовался хроническим рецидивирующим течением, интегративным типом с умеренной активностью и компенсированным функциональным состоянием печени. Комплексная терапия способствовала нормализации клинико – лабораторных показателей и сероконверсии, а использование амиксина у детей старше 7 лет и виферона у детей от 1 года до 7 лет с целью профилактики гриппа и ОРВИ негриппозной этиологии позволило предупредить обострение ХВГВ и ХГС.

УДК [616.441-006.5+616.34] – 053.2

О.А. Бугаенко, Г.Г. Бондаренко, Н.Н. Головченко, Л.В. Ткаченко

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ
РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ДИФFUЗНЫМ
НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
kseniabugaenko@mail.ru

О.А. Bugaenko, G.G. Bondarenko, N.N. Golovchenko,
L.V. Tkachenko

**FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS CHILDREN
WITH DIFFUSE NONTOXIC GOITER**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Тиреоидная патология занимает ведущее место в структуре эндокринных заболеваний, преимущественно за счет

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

диффузного нетоксического зоба. Основным этиологическим фактором последнего является йодный дефицит. В то же время наблюдается рост гастроинтестинальных функциональных заболеваний у детей, развитие которых связывают с нарушениями вегетативной и гормональной регуляции.

Цель работы: изучить влияние нарушений тиреоидного статуса на развитие функциональных гастроинтестинальных расстройств.

Материалы и методы. Скрининговое исследование на базе младших классов 7-ми общеобразовательных школ Луганской области (сплошная выборка, $n=695$ в возрасте 6-11 лет): анкетирование семей, антропометрия и осмотр детей, определение экскреции йода в разовых порциях мочи с последующим расчетом медианы, пальпация щитовидной железы (ЩЖ). Части детей ($n=88$) с согласия родителей проведено углубленное обследование: УЗИ щитовидной железы и органов ЖКТ, определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (св. Т4). При наличии гастроинтестинальных жалоб - дополнительные обследования для верификации диагноза. Статистическая обработка данных с помощью Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. В регионе сохраняется высокая частота йододефицитных заболеваний (ЙДЗ): частота зоба по данным пальпации - $25,8 \pm 1,6\%$ ($179/695$), что соответствует средней степени тяжести ЙДЗ. Во время углубленного обследования детей с увеличенной щитовидной железой ($n=88$) подтверждено наличие зоба в 100% случаев по данным УЗИ согласно нормативам ВОЗ 2007г. У $96,6 \pm 1,9\%$ ($85/88$) детей структура железы была однородной, у $3,4 \pm 1,9\%$ ($3/88$) - неоднородной, но без узловых образований. Уровень ТТГ в пределах оптимальных значений имели $47,7 \pm 5,5\%$ ($42/88$) детей с зобом, у $42,0 \pm 5,3\%$ ($37/88$) установлены признаки минимальной тиреоидной дисфункции, а $10,2 \pm 3,2\%$ ($9/88$) детей находились в состоянии субклинического гипотиреоза (СГ).

У $92,0 \pm 2,9\%$ ($82/88$) обследованных имели место гастроинтестинальные жалобы. Боли в животе имели место у $86,0 \pm 5,4\%$ ($36/42$) пациентов с оптимальным уровнем функционирования ГТС, у $97,0 \pm 2,8\%$ ($36/37$) - с минимальной тиреоидной дисфункцией и у 100% - с субклиническим гипотиреозом. У последних достоверно чаще боль носила тупой ноющий характер ($8/9$, $88,9 \pm 10,5\%$, $p < 0,05$) и имел место более длительный характер жалоб (свыше 1 года у $8/9$, $88,9 \pm 10,5\%$, $p < 0,05$). У всех детей с субклиническим гипотиреозом и у $54,1 \pm 8,2\%$ ($20/37$) пациентов

с высококонормальными значениями ТТГ имели место жалобы на запоры, что достоверно чаще, чем у детей с нормальным тиреоидным статусом ($2/42$, $4,8 \pm 3,3\%$, $p < 0,05$). Симптомы, которые соответствуют диагнозу функциональной диспепсии (ФД), обнаружены в $44,3 \pm 5,3\%$ ($39/88$) случаях, синдром раздраженного кишечника с запорами (СПК) - в $21,6 \pm 4,4\%$ ($19/88$), функциональные расстройства желчного пузыря по гипокинетическому типу - в $44,3 \pm 5,3\%$ ($39/88$). При минимальной тиреоидной дисфункции достоверно чаще наблюдались признаки ФД, преимущественно за счет дискинетического варианта - $48,6 \pm 5,3\%$ ($18/37$) и СПК с запорами - $27,0 \pm 7,3\%$ ($10/37$). Среди детей с субклиническим гипотиреозом СПК с запорами имели $88,9 \pm 10,5\%$ ($8/9$) против $2,4 \pm 2,3\%$ ($1/42$) - среди детей с оптимальным уровнем функционирования ГТС ($p < 0,001$).

Выводы. Наличие тиреоидной патологии и снижение функциональной активности ГТС способствует увеличению частоты функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей, преимущественно за счет гипокинетических состояний (дискинетический вариант функциональной диспепсии, синдром раздраженного кишечника с запорами, функциональные расстройства желчного пузыря и др.).

УДК 616-053.31-07:616-008.9(477.61)

О. А. Валиев, И. А. Ценёва, М.В. Ерёменко,

Т.И. Руднева, С.И. Крикуненко

АКТУАЛЬНОСТЬ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ДЛЯ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Медико-генетический центр ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

O.A. Valiev, I.A. Tsenyova, M.V. Eremenko,

T.I. Rudneva, S.I. Krikunenko

THE CURRENCY OF NEONATAL SCREENING FOR THE LUGANSK PEOPLE'S REPUBLIC

Medical Genetic Center of the State Institution «Lugansk Republican Clinical Hospital» Lugansk People's Republic, Lugansk, LPR

Цель. Неонатальный скрининг в Луганской Народной Республике направлен на массовое обследование новорождённых и выявление группы риска детей на четыре врожденных заболевания: врождённый гипотиреоз, адреногенитальный синдром, му-

ковисцидоз и фенилкетонурию. В данной статье проведен анализ выявляемости наследственных заболеваний в Луганской Народной Республике в сравнении с общеевропейскими данными.

Материалы и методы. Количество новорожденных детей за 11 месяцев 2017 года составило 7210 человек. Количество детей обследованных в МГЦ - 6771 человек. Обследовано 94% детей от рождённых за 11 месяцев 2017 года. Количество выявленных детей с наследственными заболеваниями: врождённый гипотиреоз - 4 человека; адреногенитальный синдром - 1 человек; муковисцидоз - 4 человека; фенилкетонурия - 1 человек. Для стопроцентного обследования новорожденных на наследственные заболевания необходимо проведение санитарно просветительской работы на местах с роженицами.

Результаты и обсуждение. Скрининг проводится с целью досимптоматического выявления и формирования группы пациентов с высокой степенью риска развития той или иной патологии. На сегодняшний день программы неонатального скрининга внедрены более чем в 30 государствах и насчитывают около 40 нозологий. Создаваемые в разных государствах, программы неонатального скрининга отвечают специфическим особенностям здравоохранения, наличию ресурсов и потребностям общества.

Основные принципы генетического скрининга

- частота заболевания в популяции должна быть достаточно высокой (это требование не очень строгое, так как оно связано только с экономической эффективностью программы);
- заболевание клинически и лабораторно должно быть хорошо изучено;
- программа скрининга должна быть направлена на тяжёлые или летальные заболевания, чтобы польза от её применения превышала затратность;
- лабораторные тесты не должны давать ложноотрицательных (не пропускать ни одного больного) и большого количества ложноположительных результатов (для обеспечения высокой экономической эффективности программы);
- лабораторные тесты должны быть простыми, безопасными и этически приемлемыми;
- должно быть разработано эффективное лечение скринируемых заболеваний;
- должен быть точно установлен возраст больного, до достижения которого лечение даёт положительный результат;

• скрининг должен быть экономически эффективным («цена-выгода»).

Общепопуляционные литературные данные частоты встречаемости по Европе: врождённый гипотиреоз 1 : 4000-1:5000 новорожденных, адреногенетальный синдром 1 : 5000 – 1 : 6500, муковисцидоз 1:2000 — 1:2500, фенилкетонурия 1 : 8000-1:10000. Общепопуляционные данные по Луганской Народной Республике (на количество родившихся): врождённый гипотиреоз 1: 1802, адреногенетальным синдром 1: 7210, муковисцидоз 1: 1802, фенилкетонурия 1: 7210.

Выводы. В соответствии с требованиями ВОЗ заболевания, которые выявляются при помощи скрининга новорожденных, должны быть довольно распространены и иметь тяжелые последствия для здоровья. Кроме того, для этих патологий нужно разработать эффективное и доступное для каждого младенца лечение. И, кроме того, государство обязано получать от внедрения программы экономическую выгоду. ВЛНР государственная программа включает обследование на 4 наследственные заболевания, которые включены в скрининг. Речь идет о фенилкетонурии, врожденном гипотиреозе, адрено-генитальном синдроме и муковисцидозе.

УДК 618.3:616-056

**О. А. Валиев, И. А. Ценёва, М.В. Ерёменко,
Т.И. Руднева, С.И. Крикуненко
СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
СИНДРОМА ПАТАУ**

Медико-генетический центр ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

О.А. Valiev, I.A. Tsenyova, M.V. Eremenko, T.I. Rudneva, S.I. Krikunenko

CASE OF PRENATAL DIAGNOSTICS OF PATAU SYNDROME

Medical Genetic Center of the State Institution "Lugansk Republican Clinical Hospital" Lugansk People's Republic, Lugansk, LPR

Цель: актуальность пренатальной диагностики в соответствии с протоколами ведения беременных для снижения рождения детей с хромосомной патологией. Синдром Патау (трисомия по 13 хромосоме) относится к группе хромосомных заболеваний и включает в себя множественные пороки внутренних органов. Наиболее характерны изменения со стороны сердечно-сосудистой, опорно-двигательной, кожно-мышечной, мочеполовой систем, офтальмологические патологии.

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

Материалы и методы: за 11 месяцев 2017 года обследовано методом УЗД 5068 беременных женщин. Из них выявлено ВПР 111, хромосомной патологии 14, среди которых выявлено: 6 плодов с синдромом Дауна; 1 с синдромом Патау; 1 с синдромом Эдвардса; 1 плод с трисомией по длинному плечу хромосомы 3 (результат несбалансированной транслокации между хромосомами 3 и 14); 2 плода с маркерной хромосомой; 1 случай синдрома Шерешевского – Тернера; 2 случая инверсий хромосом, а также хромосомного полиморфизма наличие увеличенных спутников хромосом и гетерохромотиновых участков, что считается вариантом нормы.

Результаты. Наиболее интересным представляется следующий клинический случай. Беременная Б. 1986 г.р., первая явка в МГЦ в сроке гестации 30-31 нед. Биохимический скрининг I и II триместров беременности не проведены. При ультразвуковом исследовании выявлено: МВПР, СЗРП симметричная форма, врождённый порок сердца – двойной выход магистральных сосудов из правого желудочка, ДМЖП, аномалия развития мочевыделительной системы – удвоение почек; двухсторонняя микрофтальмия, ретрогнатия, постакилярная полидактилия верхних конечностей, нельзя исключить аномальную установку стоп, мелкие кальцификаты в печени и селезёнке, единственная артерия пуповины. Гиперплазия и структурные изменения плаценты.

Ультразвуковое исследование позволило заподозрить наличие хромосомной патологии у плода. Пациентка была направлена на инвазивную диагностику (амниоцентез) в СМГЦ г. Донецка ДНР.

Заключение: выявлена хромосомная патология плода – регулярная трисомия по хромосоме 13 – синдром Патау. Кариотип 47,XY,+13 от 25.10.17. Ребенок рождён 13.10.2017, умер 15.10.2017.

Клинический диагноз: МВПР: ВПС: гипоплазия левого желудочка и устья АО. ВПР ЦНС: голопроэнцефалия. ВПР МВПС: неполное удвоение правой почки, гидронефроз I – II ст. слева. ВПР КСС: полидактилия кистей и правой стопы.

Паталогоанатомический диагноз: МВПР: общий артериальный ствол, гипоплазия легочной артерии, гипоплазия левой половины сердца, высокий дефект межжелудочковой перегородки, гипертрофия миокарда правого и левого желудочков сердца, агирия, внутренняя гидроцефалия, микрофтальмия, дисплазия почек, двухсторонний гидронефроз, удвоение лоханки и мочеточника справа, полидактилия, микрогнатия, «клювовидный нос».

Выводы: синдром Патау является редкой хромосомной патологией, для которой характерны маркеры, выявляемые при ультразвуковом исследовании и биохимическом скрининге I и II триместров беременности. Своевременное обследование позволяет вовремя диагностировать данную патологию и элиминировать плод до 22 недель беременности.

УДК 616.611-002-053.2:616-092.18

Н.Н. Головченко, М.Ю. Сульженко, О.А. Бугаенко
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК КРИТЕРИЙ
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ХРОНИЧЕСКОГО
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
natalia-lg@mail.ru

N.N.Golovchenko, M.Yu.Sulzhenko, O.A.Bugaenko
PREVENTIVE CYTOKINS AS THE CRITERIA FOR THE
FORECASTING TO COURSE OF THE DISEASE AND OUTCOMES
IN CHILDREN WITH THE CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В настоящее время, становится очевидным прогностическое значение параметров, отражающих тяжесть тубулоинтерстициальных изменений (ТИИ) при хронических заболеваниях почек. Они же рассматриваются как признаки прогрессирования первично интерстициальных почечных повреждений – хронического пиелонефрита и тубулоинтерстициального нефрита. ТИИ, таким образом, рассматриваются как повреждения структур, которые обеспечивают способность почек выполнять гомеостатические функции, что, в конечном счете, неминуемо приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН).

В прогрессировании хронического гломерулонефрита (ХГН) рассматривается прогностическое значение трех факторов: неблагоприятного клинического и морфологического типа и ТИИ. Последним отводится главное место в механизме прогрессирования. При этом выраженные ТИИ, как правило, возникают у больных с неблагоприятным клиническим и неблагоприятным морфологическим типами. Выраженные диффузные ТИИ совпадают с резистентностью к патогенетической терапии, ускоренным прогрессированием ХГН (то есть развитием ХПН через 5-7 лет после начала заболевания), в

2 раза уменьшая выживаемость больных. Однако при гломерулярных заболеваниях снижение уровня клубочковой фильтрации коррелирует, главным образом, со степенью тубулоинтерстициальных, а не гломерулярных повреждений, т.е. большинство событий, которые определяют исход этих заболеваний, происходит именно в интерстиции. На первом этапе тубулоинтерстициального повреждения наиболее важную роль играют так называемые «провоспалительные» медиаторы, секретируемые проксимальными тубулярными клетками (MCP-1, фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкины-1, 2, 6, 8, эндотелин-1). Наиболее активно в процессах тубулоинтерстициального воспаления участвует ФНО- α и интерферон- γ .

Целью нашего исследования было изучение агрессивных факторов в патогенезе ХГН у детей.

Материалы и методы. Мы определяли уровень ФНО- α и интерферона- γ в периферической крови у 30 больных в возрасте от 3 до 17 лет с первичным ХГН в зависимости от степени ТИИ, а при выраженных ТИИ – в зависимости от длительности заболевания и наличия артериальной гипертензии. Для измерения уровней изучаемых факторов использовались коммерческие наборы: «TNF- α ELA Kit», «INF- γ ELA Kit» («Per-Septive Biosystems», USA). Применение их основано на «сэндвич» - методе твёрдофазного энзим-связанного иммуносорбентного анализа.

Результаты и обсуждение. Установлено, что показатель фактора некроза опухоли- α в крови зависел от степени ТИИ. Так, уровень ФНО- α у детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом и наличием выраженных тубулоинтерстициальных изменений составил $8,67 \pm 1,21$ пг/мл, что оказалось значительно выше того же показателя контрольной группы ($3,03 \pm 1,13$ пг/мл, $p < 0,005$). Уровень ФНО- α у детей со стероидчувствительным нефротическим синдромом, при котором тубулоинтерстициальные изменения не выражены, а также у детей с гематурической формой хронического гломерулонефрита с незначительными изменениями тубулоинтерстициальной ткани приближался к показателю контрольной группы - $4,46 \pm 1,4$ пг/мл и $4,1 \pm 1,75$ пг/мл соответственно.

Уровень фактора некроза опухоли- α зависел от наличия артериальной гипертензии. У больных с выраженными ТИИ он составил $10,68 \pm 1,49$ пг/мл, что значительно превысило показатели у детей этой группы без повышения АД. Показатели ФНО- α значительно

изменялись в зависимости от давности заболевания. Так, наиболее высокий уровень фактора некроза опухоли- α отмечался на 1 году болезни у детей с выраженными ТИИ и составил $11,24 \pm 1,48$ пг/мл, что оказалось значительно выше его же показателя на более поздних сроках заболевания - $6,1 \pm 1,56$ пг/мл, $p < 0,025$. Уровень интерферона- γ в сыворотке крови также зависел от степени тубулоинтерстициальных изменений. У детей с выраженными ТИИ он составил $47,83 \pm 9,24$ пг/мл, что оказалось значимо выше того же показателя у детей с умеренными ТИИ ($16,75 \pm 8,2$ пг/мл, $p < 0,025$) и в контрольной группе ($9,6 \pm 0,9$ пг/мл, $p < 0,005$).

Показатели интерферона- γ , как и ФНО- α , значительно изменялись в зависимости от давности заболевания. Так, наиболее высокий уровень интерферона- γ отмечался на 1-м году болезни у детей с выраженными ТИИ и составил $62,69 \pm 11,7$ пг/мл, что оказалось значительно выше его же показателя на более поздних сроках заболевания - $32,97 \pm 6,77$ пг/мл, $p < 0,05$.

Заключение. Таким образом, результаты нашего исследования указывают на целесообразность определения количественных уровней цитокинов в крови в качестве критериев прогнозирования течения и исхода хронических заболеваний почек у детей.

УДК 616.346.2-002-036.11:618.3-06

А.Г. Гринцов, О.Н. Долгошапко, Г.Г.Пилюгин, А.Б. Матийцев
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ
В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Донецкий Национальный медицинский университет
 им. М. Горького, Донецк, ДНР
hirurgia-fipo@dnmu.ru

A.G. Grintsov, O.N. Dolgoshapko, G.G.Pilyugin, A.B. Matijev
TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY
IN THE FIRST TRIMESTRE

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, DPR

Актуальность. Диагностика и лечение острого аппендицита является наиболее сложной и широко распространенной проблемой во время беременности.

Цель: дать оценку традиционной и лапароскопической аппендэктомии у беременных в первом триместре.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 38 беременных женщин, которым выполнены

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

оперативные вмешательства по поводу аппендицита. Предварительный диагноз был поставлен на основании клинических и лабораторных данных. Пациенты были разделены на две группы: в I группе – 21 больной выполнена лапароскопия, а в дальнейшем при необходимости и аппендэктомия, во II группе – 17 беременных женщин которым выполнена открытая аппендэктомия.

Результаты и их обсуждения. Большинство женщин перед поступлением в хирургический стационар находились на учете в женской консультации по поводу беременности, которая подтверждена клинически, гормонально и эхографически. В I группе у 18 женщин во время лапароскопии был подтвержден диагноз острый аппендицит и выполнена аппендэктомия.

В одном случае выявлена внематочная беременность у больной после оплодотворения *in vitro* (ЭКО) и переноса эмбрионов. Внематочная беременность была разрешена после приема метатрексата. В другом случае - признаки тромбоза тазовых вен, которые были расценены как причина болевого синдрома. Кроме этого у одной больной был незначительный выпот в малом тазу и расценен, как признак обострения хронического сальпингооофорита. Во II группе у 16 больных выполнена аппендэктомия и другой патологии не обнаружено, у одной - признаки апоплексии правого яичника (250мл крови), остановлено кровотечение и одновременно выполнена аппендэктомия по поводу вторично измененного аппендикса. При гистологическом изучении удаленных отростков в I группе в одном случае отсутствовала воспалительная реакция в стенке последнего, тогда как во II – в трех случаях. Статистически значимых различий в течение беременности и родов о данных пациентов не было установлено.

Выводы. Лапароскопическое удаление отростка является предпочтительным методом лечения острого аппендицита у беременных в I триместре и позволяет сократить количество необоснованных аппендэктомий у данной группы больных.

УДК 616.89-008.454-001-053.5

И.Б. Ершова, Ю.В. Глушко, И.А. Копейка

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, ИСПЫТАВШИХ СТРЕСС В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

10koree4ka01@mail.ru

I.B. Ershova, Yu.V. Glushko, I.A. Kopeyka
**STATUS OF HEALTH OF YOUNG SCHOOLBOYS TESTING
 STRESS AS A RESULT OF MILITARY ACTIONS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Стрессовый фактор является одним из пусковых механизмов развития ряда соматической патологии. Одним из сильнейших стрессовых факторов для жителей региона Донбасс явились военные действия. Последствия воздействия подобного рода стресса на детский организм является весьма актуальным и недостаточно изученным.

Цель. Изучение психосоматического статуса детей младшего школьного возраста, испытывавших стресс в результате боевых действий в регионе Донбасс.

Материалы и методы. Обследовано 123 ребенка 7-9 лет с пост-травматическим стрессовым расстройством (ПТСР), возникшим в результате боевых действий. Контрольная группа: 111 младших школьников без ПТСР. Проводились: психологические опросники (индекс шкалы уровня ПТСР, детская шкала проявлений тревожности в адаптации А.М. Прихожан, 2000), анализ амбулаторных карт (112/у-04) и медицинских выписок (027/у), опросники А.М. Вейна и кардиоинтервалография (КИГ).

Результаты и обсуждение. Анализ степени развития ПТСР показал, что с наибольшей частотой младших школьников, регистрировалась средняя степень ПТСР - 49 человек (39,8%). Легкая степень отмечалась у 46 человек (37,4%), а высокая – у 28 человек (22,8%). Более подверженными (в 1,5 раза) влиянию стресса войны оказались мальчики.

При расчете количества случаев заболеваний на 1 ребенка определено, что в основной группе этот показатель был выше на 33,5%, продолжительность одного случая заболевания в днях – выше более чем в 2 раза, а количество дней пропущенных по болезни - в 3 раза. В группу «часто болеющие дети» (ЧБД) вошли 56,1% детей с ПТСР, тогда как в контроле ЧБД было в 2,3 раза меньше. Группу - «эпизодически болеющие» дети (ЭБД) составили 28,5% детей с ПТСР, что в 1,5 раза меньше в сравнении с контролем. В основной группе не было ни одного ребенка, который в течение года ни разу бы не болел, среди них преобладали показатели респираторной заболеваемости, с развитием осложнений более чем в 2 раза чаще.

Симптомы вегетативных нарушений значимо преобладали среди детей с ПТСР. Показатели КИГ определили преобладание

амплитуды моды ($AMo, \%$) у детей с ПТСР ($33,43 \pm 1,5$), в сравнении с контролем ($27,0 \pm 0,8$), а также снижение моды (Mo) ($0,59 \pm 0,01$), с разницей в 19,2% в сравнении с контролем ($p < 0,01$). У детей с ПТСР снижена (на 13,8 %) активность вариационного размаха ($\Delta X, c$) $0,25 \pm 0,01$ в сравнении с контролем ($0,29 \pm 0,01$). Синхронное (в 1,8 раза) преобладание показателя $IN1$ ($111,92 \pm 8,79$ ед.) в основной группе, говорит о напряжении регуляторных механизмов ВНС. Для 43 (35,0%) детей с ПТСР был характерен симпатикотонический исходный вегетативный тонус (ИВТ), гиперсимпатикотонический – для 21 человека (17,1%), тогда как в контроле более характерна эйтония (53 детей (47,7%)). При оценке вегетативной реактивности (ВР) у детей с ПТСР в 2,6 раза чаще отмечалась гиперсимпатикотоническая ВР (60 человек (48,8%). В контроле же преобладала нормальная ВР (72 человек (64,9%)), когда у детей с ПТСР в 2,6 раза меньше. Дети с ПТСР в 54,5 % случаев имели не достаточное вегетативное обеспечение.

Заключение: 1. Дети, испытавшие стресс военных действий, имеют различной степени ПТСР, наиболее подверженными которым оказались мальчики.

2. У детей с ПТСР преобладают длительность, частота и тяжесть соматической патологии, а вегетативные расстройства возникают более чем в 2,5 раза чаще и характеризуются преобладанием тонуса симпатического отдела и преимущественно гиперсимпатикотонической реактивностью вегетативной нервной системы, а также не достаточным вегетативным обеспечением.

3. Полученные данные обуславливают необходимость индивидуального подхода, динамического наблюдения и внедрения реабилитационных мероприятий детям, испытавшим сильнейший эмоциональный стресс, связанный с военными действиями.

УДК 612.017.1:616.995.132.8-053.3

И.Б. Ершова, М.Г. Монашова

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЭНТЕРОБИОЗЕ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

tood11@mail.ru

I.B. Ershova, M.G. Monashova

EVALUATION OF FUNCTIONAL STATE OF VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN OF SCHOOL AGE IN ENTEROBIOSIS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Гельминтозы человека широко распространены в мире, на их долю, по данным ВОЗ, приходится более 90% всей обусловленной паразитами патологии. В последние годы в России ежегодно регистрируется около 1 миллиона больных паразитарными заболеваниями. Гельминтозы являются серьезной проблемой для практического здравоохранения, так как среди болезней, наносящих экономический ущерб здоровью населения, они находятся на 4-м месте. Удельный вес энтеробиоза превышает 95% (на долю детей приходится 92,3 % случаев).

Патогенное действие остриц обусловлено механическим, местно-воспалительным, иммуносупрессивным и токсико-аллергическим воздействием, а также инокуляцией и активацией патогенных микроорганизмов. В ответ на это происходит комплекс взаимосвязанных и взаимозависимых патологических процессов, являющихся следствием не только повреждающего воздействия паразитов на организм человека, но и его ответной реакции, имеющей и приспособительный, и повреждающий характер.

Детский организм наиболее чувствителен к воздействию остриц, что влияет в первую очередь на физическое и нервно-психическое развитие растущего организма. Нервная система реагирует неоднозначно, может нарушаться ее функциональное состояние, повышаться или понижаться порог возбудимости, изменяться поведенческие реакции, снижаться способность к обучению. Длительная интоксикация приводит к астенизации, вегетативным и невротическим состояниям.

Цель работы: Изучить функциональное состояние вегетативной нервной системы у детей школьного возраста с энтеробиозом и без глистной инвазии.

Материалы и методы. На энтеробиоз обследованы: 131 ребенок в возрасте от 7 до 18 лет (в школьных учреждениях и детских больницах г. Луганска). Основная группа – 69 детей, инвазированных острицами (первичная инвазия – 28 детей, повторная инвазия – 41 ребенок), контрольная группа – дети без энтеробиоза, 62 ребенка. Состояние здоровья детей оценивали на основании данных анамнеза, жалоб, клинического обследования. Всем детям измеряли пульс,

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

артериальное давление, проводились: кардиоинтервалография, функциональные пробы. Дети были обследованы на энтеробиоз методом Грэхема, трехкратно. Статистическая обработка данных проведена при помощи программ Microsoft Exel 7,0, Медстатистика.

Результаты и обсуждения. Оценили выраженность вегетативных проявлений у инвазированных детей (при первичной и повторной инвазии) и у детей без глистной инвазии. У детей с первичной инвазией острицами, по сравнению с группой контроля, в 3 раза чаще отмечали сухость кожных покровов, у 15(53,6%) детей, в 3,8 раз чаще - боли в животе (разлитые, ноющего, давящего характера), у 12(42,9%) детей и в 4,9 раз чаще регистрировали чувство нехватки воздуха, у 11(39,3%) детей с первичной инвазией, $p < 0,01$.

У детей при повторной инвазии острицами преобладали в сравнении с группой контроля: в 2,9 раз чаще повышенная потливость, у 17(41,5%) детей, в 5,2 раза чаще наблюдали изменение окраски кистей и стоп у 14(34,1%) детей. Боли в животе беспокоили в 4,5 раза чаще детей при повторной инвазии острицами (у 21(51,2%) ребенка), чем в группе контроля; в 3,2 раза достоверно чаще регистрировали лабильность артериального давления, у 17(41,5%) детей, и в 2 раза чаще красный дермографизм, у 22(53,6%) детей, $p < 0,01$.

Оценили функциональные возможности организма, уровень физической работоспособности у детей с энтеробиозом и без глистной инвазии (пробы Штанге, Мартине, Руфье, формула Баевского).

Для оценки исходного вегетативного тонуса использовали анализ субъективных и объективных симптомов с применением опросника Вейна. Выявили наличие дисфункции вегетативной нервной системы у 42 (60,9 %) детей, инвазированных острицами и в 2,7 раз реже дисфункция отмечалась у детей без гельминтоза, у 14 (22,6%) детей, уровень достоверности 0,01.

Для оценки реакции сердечно-сосудистой системы на недостаток кислорода проводили пробу Штанге с задержкой дыхания. Способность организма адаптироваться к недостатку кислорода была в 2,4 раза достоверно выше у детей контрольной группы (у 26 (41,9%) детей), чем у детей основной группы (у 12 (17,4%) детей). У детей основной группы (у 38 (56,5%) детей) выявлена низкая способность организма противостоять гипоксии, что свидетельствует о низкой обеспеченности организма кислородом.

С помощью пробы Мартине оценили способность сердечно-сосудистой системы детей переносить нагрузки и восстанавливаться

после них. Нормотонический тип реакции на физическую нагрузку и быстрое восстановление организма после нее выявили у 18 детей (26,1%) с энтеробиозом, что в 2,1 раза ниже, чем у детей без глистной инвазии (у 33 (53,2%) детей). У остальных детей отмечались неблагоприятные типы реакции, которые свидетельствуют о работе сердца с большими энергозатратами.

У детей с гельминтозом наблюдалось снижение физической работоспособности (по данным пробы Руфье). Неудовлетворительный результат отмечен у 38 (55,1%) детей с острицами, у детей без гельминтов – всего у 5 (8,1%) детей.

По формуле Баевского рассчитали адаптационный потенциал и определили функциональные возможности организма к адаптации. Удовлетворительная адаптация отмечена у 42 (67,7%) детей без энтеробиоза и у 21 (30,4%) ребенка с острицами. Неудовлетворительная адаптация регистрировалась в 3 раза чаще у детей с энтеробиозом, у 14 (20,3%) детей, и у 4 (6,5%) детей без остриц. Преобладание у детей с гельминтозом неудовлетворительной адаптации и нарушения механизмов адаптации организма к условиям внешней и внутренней среды, ведет к снижению нормальной работоспособности, повышенной утомляемости таких детей.

Исследование вегетативного тонуса показало, что у детей при первичной инвазии преобладала симпатикотония (у 72,3% детей), при повторной инвазии – ваготония у 86,9% детей. В контрольной группе – преобладала эйтония – у 74,6% детей.

Среди вариантов вегетативной реактивности, у детей с глистной инвазией преобладал гиперсимпатикотонический вариант ($54,6 \pm 2,3$ при первичной инвазии, и $67,8 \pm 2,8$ при повторной инвазии), и в контрольной группе – нормосимпатикотонический вариант $74,3 \pm 4,8$. При анализе вегетативного обеспечения деятельности по результатам клиноортостатической пробы, при первичной инвазии преобладал избыточный вариант вегетативного обеспечения деятельности $47,9 \pm 4,8$, при повторной инвазии – недостаточный вариант деятельности $56,2 \pm 3,7$ и нормальный у $67,3 \pm 3,7$ – в контрольной группе.

Заключение. Вегетативные нарушения при энтеробиозе были выявлены у 73,6% детей. При анализе показателей функциональных проб определили, что у детей с энтеробиозом более чем в 2,3 раза чаще отмечались неблагоприятные типы реакций и признаки вегетативной дисфункции, что свидетельствует о напряжении механизмов адаптации и снижении уровня физической работоспособ-

ности. При оценке вегетативного тонуса выявили преобладание ваготонии у детей при повторной инвазии и симпатикотонии у детей при первичной инвазии. Гиперсимпатикотонический вариант вегетативной реактивности преобладал у инвазированных детей, у детей без инвазии – нормосимпатикотонический вариант. Избыточный вариант вегетативного обеспечения деятельности является основным у детей при первичной инвазии острицами и недостаточный – при повторной инвазии.

УДК 616.993.161.22-053

И.Б. Ершова¹, О.В. Петренко¹, О.А. Бортник²

ХАРАКТЕР ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ

¹ ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

² ГУ «Брянковская центральная городская многопрофильная больница» ЛНР, Брянка, ЛНР
oksacha2008@yandex.ua

I.B. Ershova¹, O.V. Petrenko¹, O.A. Bortnik²

THE CHARACTER OF PSYCHOVEGETATIVE DEVIATIONS IN GIARDIASIS

¹ SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

² PI "The Bryanka central city multiprofile hospital" LPR, Bryanka, LPR

Актуальность. В современной медицинской практике паразитарным инфекциям уделяется достаточно большое внимание. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения третье место по распространенности среди них занимает лямблиоз. За последние годы были достигнуты значительные успехи в изучении особенностей клинических проявлений лямблиоза, его патоморфологии, однако в литературе отмечаются единичные работы, посвященные особенностям психовегетативного состояния детей с лямблиозной инвазией.

В связи с этим **целью** исследования было изучить психо- и вегетативное состояние детей при лямблиозной инвазии.

Материалы и методы. Основную группу составили 86 детей в возрасте от 7 до 18 лет с подтвержденной лямблиозной инвазией, которые проходили лечение в разных отделениях детских больниц города Луганска и Луганской области. Группа контроля была сопоставима по возрасту и полу и включала 42 ребенка. Диагноз лямблиоза был верифицирован с учетом стандарта диагностики данного заболевания и

подтверждался обнаружением цист лямблий в кале. Для диагностики вегетативных нарушений учитывались жалобы пациентов, данные объективных методов исследования, в том числе функциональных нагрузочных проб. Одновременно проводилось психологическое тестирование детей. Цифровой материал был обработан с помощью стандартного пакета программ Statistica v. 6.0. Для обеспечения единства методологии были применены непараметрические методы.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что наиболее частыми жалобами астеновегетативного характера у детей с лямблиозом были общая слабость (59 чел. — 68,6%), быстрая утомляемость (56 чел. — 65,1%). Повышенная утомляемость приводила к нарушению адаптации, затрудняла учебный процесс у школьников, была причиной более низкой успеваемости. В группе лиц без инвазии жалобы на слабость и утомляемость встречались в 2,6 раза реже — у 11 (26,2%) и 10 (23,8%) человек ($p < 0,01$).

Подавленное настроение у детей отмечали родители 38 (44,2%) больных лямблиозом детей. Частота встречаемости этого признака в 2,3 раза превосходила таковую в группе контроля, где он был выявлен у 8 (19,0%) человек; $p < 0,01$. Такие характерные признаки вегетативных расстройств, как головная боль и головокружение, проявлялись в 3 раза чаще у детей с лямблиозом (29 чел. — 33,7 % и 26 чел. — 30,2%, соответственно), что при сравнении с контрольной группой (5 чел. — 11,9% и 4 чел. — 9,5%) соответствовало установленному уровню достоверности отличий ($p < 0,05$).

Четверть пациентов с паразитозом указывали на одышку и приступы сердцебиения при сильном волнении (21 чел. — 25,6%, $p < 0,05$). При осмотре и пальпации кожных покровов больных детей обращали на себя внимание их бледность (39 чел. — 45,3 %; $p < 0,05$), стойкий красный дермографизм (36 чел. — 41,9%; $p < 0,05$), влажность ладоней и стоп (41 чел. — 47,7%; $p < 0,01$). В группе контроля эти показатели были достоверно ниже и выявлялись у 10 (23,8%), 9 (21,4%) и 8 (19,0%) человек, соответственно.

Измерение частоты сердечных сокращений и артериального давления в группе больных детей показало большую по сравнению с группой здоровых лиц частоту регистрации брадикардии и пониженного давления (42 чел. — 48,8 % и 36 чел. — 41,9 %). Показатель частоты встречаемости этих признаков в 1,9 и 2,9 раза превышал таковой в группе контроля; $p < 0,05$.

С целью количественной оценки имеющихся признаков и диагностики СВД был проведен анализ вегетативных симптомов по методике А. Вейна. Согласно тесту признаки СВД были выявлены у 65 (75,6 %) детей с лямблиозом (табл. 2). В группе без инвазии частота встречаемости этих признаков была достоверно ниже и составила 16 чел. (38,1%); $p < 0,01$. Сопоставление данных амбулаторных карт и вегетативного опросника А. Вейна в обеих группах показало только 66,6 % совпадений с вегетативным тестом. Это может свидетельствовать о необходимости улучшения качества диагностики вегетативных нарушений, являющихся признаками СВД у детей.

При исследовании вегетативного тонуса было установлено, что в основной группе детей парасимпатическая направленность вегетативного тонуса была преобладающей (36 чел. — 41,9 %) и выявлялась достоверно чаще, нежели в группе контроля ($p < 0,01$). Для детей без инвазии более характерной была нормотония (35 чел. — 83,3%). Сравнение данных, полученных при проведении пробы Даныни — Ашнера, показало преобладание в основной группе по сравнению с контрольной детей с ваготонической направленностью вегетативной реактивности (37 чел. — 43,0 %). В контрольной группе этот показатель составил 6 чел. (14,3 %); $p < 0,01$. В группе без заболевания у большинства детей была нормальная вегетативная реактивность (34 чел. — 80,9 %; $p < 0,01$).

Для определения вегетативного обеспечения (ВО) была проведена клиноортостатическая проба, которая используется для выявления скрытой вегетативной дисфункции. Результаты пробы подтвердили однонаправленность тонуса и вегетативного обеспечения в обеих группах детей. По ее результатам недостаточное ВО преобладало в группе детей с инвазией и отмечалось у 34 (39,5 %) человек. Данный показатель в 2,4 раза превосходил таковой в группе контроля — 7 чел. (16,7 %; $p < 0,05$). У детей без лямблиоза преобладало нормальное ВО (29 чел. — 69,0 %).

В ходе психологического тестирования, проводимого среди детей среднего и старшего школьного возраста (12–18 лет), выявлены существенные различия по частоте встречаемости некоторых показателей психофизиологического состояния в двух группах детей (табл. 3). Было отмечено, что дети с инвазией лямблиями более неуверенные в себе (38 чел. — 55,9 %), чем их условно здоровые сверстники (11 чел. — 34,4 %; $p < 0,05$). Кроме того, в основной группе в 2,3 раза чаще отмечался повышенный уровень тревожности (29 чел. — 42,6 % против 6 чел. — 18,8 %; $p < 0,05$). Состояние тревож-

ности проявлялось у них в нерешительности, нарушении логики действий, беспокойстве за свое здоровье и здоровье своих родных, неуверенности в общении с людьми. Такие показатели, как замкнутость, недостаточное самоуважение, также в большей мере были присущи детям с инвазией (19 чел. — 27,9 % и 28 чел. — 41,2 %), нежели без неё (3 чел. — 9,3 % и 6 чел. — 18,7 %; $p < 0,05$).

По признаку асоциальности как неприятия принятых в обществе норм морали статистической достоверности различий между группами не наблюдалось. Характерные признаки экстернальности в ходе тестирования были выявлены у 33 (48,5 %) детей с диагностированным лямблиозом, что в 1,9 раза чаще, чем в группе контроля (8 чел. — 25,0 %; $p < 0,05$). Известно, что экстерналы — личности, склонные к зависимому поведению [5], — более подвержены тревожности, депрессии. Депрессия легкой и средней степени по методике Бека регистрировалась у 26 (38,2 %) детей с лямблиозом, что в 3,1 раза чаще, чем в контрольной группе (4 чел. — 12,5 %; $p < 0,05$), где отмечалась депрессия только легкой степени. В большей мере она проявлялась снижением настроения, ограничением контактов с окружающими, наличием чувства одиночества.

Заключение. Анализ амбулаторных карт и опросника А. Вейна показал более высокую встречаемость вегетативных нарушений при тестировании по сравнению с данными, полученными из медицинской документации (более чем на 33%). Объективные признаки СВД были выявлены у 75,6% детей с лямблиозом. Исследование показало парасимпатическую направленность вегетативного тонуса у 41,9% детей, больных лямблиозом. Результаты нагрузочных проб (Даньини — Ашнера и клиноортостатическая) подтвердили склонность к ваготонии (в 43,0 и 39,5% случаев, соответственно). Психологическое тестирование выявило в группе детей с лямблиозом большую частоту встречаемости таких признаков, как замкнутость и депрессия — в 3,1 раза; недостаточное самоуважение — в 2,2 раза; тревожность — в 2,3 раза; экстернальность — в 1,8 раза.

УДК 616-053.2:613.97-036.22-07:614.1

С.В. Капранов, Д.В. Тарабцев

МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКИЕ ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ

ГС «Алчевская городская СЭС» МЗ ЛНР, г. Алчевск, ЛНР

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

S.V. Kapranov, D.V. Tarabtzev

**MONITORING MORBIDITY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS
VISITING CHILDREN ORGANIZED COLLECTIVES***Alchevsk City Sanitary and Epidemiological Department, Alchevsk, LPR*

Актуальность. Проблема сохранения и укрепления здоровья населения является одной из наиболее актуальных задач современного общества. Деятельность по обеспечению высоких показателей здоровья жителей, особенно детей, подростков и молодежи следует рассматривать как одно из главных направлений социальной политики государства. К показателям здоровья традиционно относятся физическое развитие, функциональное состояние органов и систем, иммунологическая реактивность организма, демографические сведения, инвалидизация. Наиболее важным показателем здоровья традиционно является заболеваемость, которая рассматривается как характерная, официально регистрируемая реакция населения на вредное воздействие факторов окружающей среды. Здоровье детского и взрослого населения повсеместно, но в первую очередь в промышленных регионах, формируется под влиянием различных факторы депрессивной социальной и техногенной экологической среды жизнедеятельности. Это проявляется в нарушении функции органов и систем, снижении иммунитета, ухудшении показателей физического развития, повышении заболеваемости, инвалидности и смертности.

Одним из основных направлений деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы является изучение, оценка и прогнозирование показателей здоровья населения в зависимости от состояния среды жизнедеятельности человека, установление факторов окружающей среды, которые вредно воздействуют на здоровье. В то же время, в Украине и в Донбассе после прекращения деятельности в некоторых промышленных городах специализированных групп АГИС «Здоровье» не осуществляется централизованно по единой программе мониторинг здоровья детского и взрослого населения. В целом отсутствует эффективная система реагирования на ухудшение показателей здоровья жителей под влиянием загрязнения окружающей среды и других отрицательных факторов среды жизнедеятельности.

Однако деятельность по улучшению состояния здоровья, в том числе, снижению заболеваемости, детей и подростков может быть

успешной в результате оценки влияния различных факторов среды обитания на показатели здоровья, особенно заболеваемость.

Цель работы – научное обоснование и разработка системы мониторинга заболеваемости детей и подростков, посещающих детские организованные коллективы.

Материалы и методы. Работа выполнена в большом городе Алчевске с высокой плотностью жилой, промышленной застройки с крупными производствами черной металлургии и коксохимии. Это обусловлено тем, что наибольшее практическое значение имеет разработка и внедрение мониторинга заболеваемости детского населения на первом уровне организации – то есть в городах и районах регионального административного подчинения, где осуществляется сбор и первичная обработка данных о состоянии среды жизни и показателях здоровья.

Результаты и их обсуждение. Предложенный вариант мониторинга заболеваемости детей и подростков, посещающих детские организованные коллективы, является составной частью общей системы мониторинга здоровья детского населения. Успешной деятельности по разработке мониторинга заболеваемости способствует то обстоятельство, что заболеваемость относится к показателям здоровья, которые официально учитываются и регистрируются в официальных учетных и отчетных документах (утвержденных Министерством здравоохранения) в лечебно-профилактических и детских учреждениях.

В городе Алчевске в настоящее время функционирует 26 детских образовательных учреждений (ДОУ) и 16 средних общеобразовательных школ (СОШ). До 2007 г. медицинскими работниками сведения о заболеваемости детей в ДОУ ежемесячно и за другие периоды передавались в Алчевскую городскую санэпидстанцию (СЭС) при отсутствии единых для всех учреждений форм учета. В СЭС сотрудниками отделения гигиены детей и подростков вручную (с использованием микрокалькуляторов и бумажных носителей) осуществляли группировку и сводку данных с целью получения сведений о заболеваемости детей в целом по городу. Это требовало значительного времени работы квалифицированных специалистов, увеличивало вероятность получения ошибочных итоговых результатов, снижало статистическую информативность полученных данных и т. д.

Поэтому в Алчевской городской санэпидстанции (СЭС) в 2007 г. осуществлена разработка системы мониторинга заболеваемости де-

тей и подростков. С целью учета заболеваемости детей, посещающих ДООУ, в Алчевской городской СЭС подготовлена унифицированная форма «Сводная ведомость учета заболеваний детей в детском дошкольном учреждении», а для учета заболеваемости детей и подростков, посещающих СОШ, – «Сводная ведомость учета заболеваемости детей в средней общеобразовательной и специализированной школе». Бланки указанных форм изданы типографским способом. Сбор и обработка данных о заболеваемости детей, посещающих детские учреждения, предусмотрены «Порядком проведения государственного социально-гигиенического мониторинга в г. Алчевске», согласованным решением Алчевского городского совета №26/7 27.12.2007 г.

С целью ускорения, автоматизации и унификации статистической обработки данных в Алчевской городской СЭС на основе стандартных базовых программ Windows Microsoft Office and Windows Vista была разработана и внедрена удобная для практического использования компьютерная программа «Заболеваемость дошкольников». Указанная программа позволяет рассчитывать данные о заболеваемости:

- по каждому ДООУ, группе ДООУ (например, расположенных на определенной территории) и в целом по городу;
- за каждый месяц, несколько месяцев, год и несколько лет;
- всех детей, посещающих ДООУ, в том числе отдельно дошкольного, то есть ясельного возраста и дошкольного возраста;
- количество зарегистрированных заболеваний всего, в том числе, основных классов, групп и нозологических форм; заболеваемость общую и органов дыхания (на 1000 детей); абсолютное и среднее (в пересчете на 1 ребенка) количество дней непосещения детьми ДООУ всего, в том числе по болезни; удельный вес количества дней непосещения ДООУ по болезни (%).

Программа предоставляет возможность автоматического получения результатов расчета данных о заболеваемости детей в удобной табличной форме и в графическом изображении (в виде диаграмм, графиков) с последующей распечаткой за любой отчетный период времени. С использованием указанной программы в персональный компьютер (ПК) введены и статистически обработаны данные о заболеваемости детей, посещающих ДООУ с 1999 по 2017 гг. Установлено, что в период устойчивой эксплуатации предприятий черной металлургии и коксохимии (1999-2011 гг.) заболеваемость общая, органов

дыхания, ОРВИ, а также бронхитом и бронхиолитом у детей, посещавших ДОО, достоверно уменьшалась по мере удаления ДОО от производств. Относительный риск возникновения под влиянием загрязнителей атмосферы у дошкольников общей заболеваемости – $RR=+1,08$ ($DI=1,00-1,16$, $p < 0,02$), заболеваемости ОРВИ – $RR=+1,05$ ($DI=1,03-1,07$, $p<0,001$), бронхитом и бронхиолитом – $RR=+1,36$ ($DI=0,92-2,02$, $p<0,05$).

В то же время, в 2016 г. во время многократного сокращения объемов производства на предприятиях и значительного улучшения качества атмосферного воздуха заболеваемость детей общая и органов дыхания оказалась достоверно выше в новых районах города, находящихся от производств на расстоянии более 3 км, чем на удалении от них до 1 км, а также от 1 до 3 км (p от $< 0,05$ до $< 0,001$). Полученные данные указывают на то, в 2016 г. загрязнители атмосферы не являлись значимым фактором в формировании заболеваний у детей и ведущая роль принадлежит другим факторам, требующим дополнительного исследования.

С помощью программы установлена и графически оформлена по месяцам динамика показателей общей заболеваемости детей, в том числе, заболеваемости отдельными классами и группами болезней.

Проводится работа по внедрению системы сбора и обработки данных о заболеваемости детей, посещающих СОШ города.

Заключение. В городе Алчевске выполнены разработка, внедрение и постоянное функционирование системы мониторинга заболеваемости детей, посещающих детские образовательные учреждения. Предложенная программа позволяет автоматически с использованием общепринятых статистических методов рассчитывать за различные периоды времени значительный объем данных о заболеваемости детей. Представляется важным внедрение повсеместно указанной системы в деятельность СЭС, детских и лечебно-профилактических учреждений.

УДК 618.36-091

О.В. Кононенко, О.В. Зинченко

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА 20-25 НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

kafpat@mail.ru

O.V. Kononenko, O.V. Zinchenko

MORPHOLOGICAL PATTERNS OF THE PLACENTA IN CASES OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION AT 20-25 WEEKS OF GESTATION

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Вопросы охраны материнства и детства являются приоритетным направлением медицины. Известно, что задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) осложняет до 20% беременностей и приводит к повышению заболеваемости и смертности. Плацентарная недостаточность является одним из важных фактором развития ЗВУР.

Цель работы. Для выявления связи между морфологическими изменениями плацент при ЗВУР 20 плацент в случаях ЗВУР на 20-25 неделе беременности были сопоставлены с 20 плацентами физиологического развития того же срока гестации.

Материалы и методы. Случаи были разделены: 10 плацент на 20-22 неделе гестации и 10 - на 23-25 неделе гестации в случаях рестрикции роста плода были сопоставлены с 10 плацентами 20-22 недель гестации и 10 - 23-25 недель гестации в контроле соответственно.

Результаты и обсуждение. Плаценты при ЗВУР в 20-22 недель характеризовались наличием комплекса патоморфологических изменений. В ворсинчатом хорионе регистрировались расстройства кровообращения, ишемические инфаркты и субхориальные гематомы. Отмечалось наличие дополнительных долек. Регистрировалось нарушение созревания ворсин хориона в виде задержки дифференцирования с гиповаскуляризацией стволовых, промежуточных и терминальных ворсин. Кроме того, обращало на себя внимание наличие воспалительного инфильтрата в хориальной пластинке, продуктивного васкулита фетальных сосудов ворсин. Также отмечался низкий уровень компенсаторно-приспособительных процессов. Стереометрическое исследование показало увеличение толщины хориальной пластинки (удельный объем $11,88 \pm 1,1$, в контроле - $6,7 \pm 1,27$, $p < 0,05$) и утолщение плацентного барьера до $11,62 \pm 0,1$ мкм (в контроле - $10,74 \pm 0,09$ мкм, $p < 0,001$).

В плаценте при ЗВУР в 23-25 недель гестации определялись макроскопически дополнительные дольки, субхориальные гематомы, отек и ложные узлы пупочного канатика. Микроскопически регистрировалось выраженное нарушение созревания ворсинчатого хориона с гиповаскуляризацией ворсин с очаговым ангиоматозом

фетальных сосудов. Отмечалось снижение уровня компенсаторно-приспособительных реакций, усиление дистрофических и некротических процессов в ворсинчатом хорионе. Выявлено наличие воспалительного инфильтрата. Стереометрия показала уменьшение удельного объема сосудов ($9,38 \pm 1,21$, в контроле – $14,38 \pm 1,08$, $p < 0,05$), увеличение количества инфарктов и стромы терминальных ворсин (удельный объем соответственно $2,8 \pm 0,95$ и $58,56 \pm 1,38$, в контроле – $0,7 \pm 0,32$ и $52,07 \pm 1,25$, $p < 0,05$), а также утолщение плацентарного барьера до $11,87 \pm 0,12$ мм ($10,92 \pm 0,09$ мм в контроле, $p < 0,001$).

Заключение. Выявленные особенности гистопатологических изменений в плацентах и увеличение толщины плацентарного барьера могут представлять собой важный фактор в патогенезе развития внутриутробной задержки развития плода.

УДК 618.173-08

Е.А. Коробкова

АКТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

Е.А. Korobkova

ACTIVE TACTICS OF WOMEN IN THE MENOPAUSAL AGE

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Первые признаки старения организма появляются задолго до менопаузы – во время менопаузального перехода, который начинается в позднем репродуктивном периоде и продолжается вплоть до последней менструации. Именно тогда происходят гормональные изменения: повышается уровень фолликулостимулирующего гормона, идут на спад концентрации антимюллера гормона и ингибина В. Кроме того, изменяется длительность менструального цикла – он укорачивается, изменяется характер менструальных кровотечений. Вместе с тем могут появляться клинические симптомы: приливы жара, нарушения сна, тревожность, подавленное настроение, сухость кожи и другие – всё это не может не снижать качества жизни пациенток.

Стоит также отметить, что во время менопаузального перехода формируется благоприятная почва для развития сердечно – сосудистых и метаболических заболеваний. Многие зарубежные исследователи поддерживают следующую точку зрения: начало пременопаузы – наиболее подходящее время для профилактики

сердечно – сосудистых заболеваний путём снижения риска их возникновения, а своевременная менопаузальная гормональная терапия (МГТ) – действенный инструмент в руках практикующего врача.

При наблюдении женщин на этапе менопаузального перехода перед гинекологом встают сразу несколько задач:

- купирование менопаузальных симптомов;
- лечение аномальных маточных кровотечений;
- подбор контрацепции или средства МГТ;
- оценка кардиометаболических факторов риска и терапия, направленная на его снижение.

МГТ – часть общей стратегии поддержания женского здоровья в пери- и постменопаузе – наряду с коррекцией образа жизни, правильным питанием, физической активностью, отказом от курения и алкоголя. Однако женщины до менопаузы должны иметь и надёжную контрацепцию для предупреждения нежелательной беременности. Если менопауза наступает до 50 лет минимум 2 года женщины должны использовать средства контрацепции и 1 год предупреждать нежелательную беременность, если менопауза наступила после 50 лет.

Международная группа экспертов по менопаузе рекомендует пациенткам в возрасте 40+ назначать контрацептивы с натуральными эстрогенами или же натуральные эстрогены в комбинации с левоноргестрелвысвобождающей внутриматочной системой, поскольку именно эти средства наиболее эффективны в купировании тяжёлых менструальных кровотечений и обладают наименьшим тромбическим риском по сравнению с какими – либо другими пероральными контрацептивами.

Комбинация эстрадиола валерата с диеногестом («Клайра»), имеющая четырёхфазный динамический режим дозирования эстрогенного и гестагенного компонентов соответствует требованиям женщин менопаузального перехода.

Благодаря пероральному контрацептиву с эстрадиолом валератом и диеногестом в организме на протяжении всего менструального цикла поддерживаются относительно стабильный уровень эстрогенов, что позволяет предупреждать развитие вазомоторных симптомов, изменений настроения и других проявлений, ассоциированных с гормональными колебаниями, таких как патофизиологические изменения в стенке артерий, что предупреждает возникновение сердечно – сосудистых заболеваний. Немаловажно и то, что пероральный

контрацептив с эстрадиол валератом препятствует метаболическим нарушениям. Комбинация эстрадиола валерата с диеногестом позволяет добиться протективных эффектов сразу по нескольким направлениям. Так, обсуждаемая комбинация уже в течение 3 месяцев устраняет нарушения углеводного обмена у женщин с инсулинорезистентностью и избыточной массой тела, повышает уровень ЛПВП, предупреждает формирование эндотелиальной дисфункции.

Особую значимость в обсуждаемой возрастной группе пациенток приобретает способность лечения аномальных маточных кровотечений, не связанных с органическими заболеваниями и возникающих из-за увеличения числа ановуляторных циклов, снижается риск эпителиального рака яичников, гиперплазии и рака эндометрия. Сохранение минеральной плотности костной ткани на фоне обсуждаемой терапии, благоприятно сказывается на прогнозе остеопоротических переломов в постменопаузальном периоде.

У большинства женщин в период менопаузального перехода комбинированные оральные контрацептивы с натуральным эстрогеном, при отсутствии противопоказаний, могут стать весьма удобным вариантом терапии, позволяющим успешно решить сразу несколько задач – от сугубо гинекологических проблем до профилактики сердечно – сосудистых рисков и метаболических нарушений.

УДК 618.1 – 002 «312»

Т.В. Лисовская

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

Lisovskaya@mail.ua

T.V. Lisovskaya

THE MODERN ASPECT OF INFLAMMATORY PROCESSES IN FEMALE GENITAL ORGANS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Воспалительные процессы женских половых органов (ВПЖПО) является актуальной проблемой современной гинекологии. Актуальность проблемы прежде всего связана с высокой частотой встречаемости данной патологии не имеющей тенденции к снижению. Ежегодно в мире хламидийную инфекцию выявляют у 80, а гонорею у 200 млн. человек. В США ежегодно регистрируют от 600 тыс. до 1 млн. случаев острого воспалительного процесса гениталий.

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

Кроме того на фоне ВПЖПО возникают такие серьезные осложнения как внематочная беременность, апоплексия яичника, невынашивание беременности, преждевременные роды, фетоплацентарная дисфункция. Особенности течения ВПЖПО в современной гинекологии являются; тенденция к увеличению частоты воспалительных заболеваний вирусной этиологии, полиэтиологичность воспалительного процесса с формированием патологического очага на фоне 2-3 возбудителей. Неуклонный рост заболеваемости с «омоложением» контингента больных, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

Целью: изучить особенности течения воспалительных процессов гениталий и новые подходы к лечению данной патологии.

Материалы и методы. Проведен анализ современных научных исследований, где изучены клинико-лабораторные особенности течения воспалительных процессов гениталий, а так же новые дифференцированные подходы к лечению острых и хронических воспалительных процессов гениталий с учетом клинического течения воспалительного процесса любой локализации. Кроме того, изучен иммунный статус пациенток и новых методы лечения воспалительных процессов гениталий.

Результаты и обсуждения. В настоящее время разработаны многочисленные методы лечения острых воспалительных заболеваний половых органов (ОВЗПО) отвечающие современной концепции двухфазного характера течения инфекционного процесса. Суть данной концепции состоит в том, что при лечении ОВЗПО следует в первую очередь блокировать группу энтеробактерий для предотвращения перитонита и сепсиса. В последующем или параллельно необходимо воздействовать на анаэробные бактерии, чтобы предотвратить формирование абсцессов брюшной полости. С этой целью наиболее часто применяют пипероциклин с гентамицином, а на втором этапе метронидазол.

Для лечения смешанных инфекций в качестве «золотого стандарта» признаны антибиотики клиндомицин и гентамицин. Однако, поскольку ни один из применяемых антибиотиков не может охватить по спектру бактерицидной активности всю группу возможных возбудителей ОВЗПО следует идти по пути подбора лекарственных средств, которые дополняли бы хорошо зарекомендованные препараты по спектру действия. Такая тактика лечения предполагает чередовать в первые дни

болезни «золотой стандарт» или его аналоги с препаратами расширяющими спектр действия на энтеробактерии, стафилококки, стрептококки и другие микроорганизмы. Наиболее перспективные в этом плане цефалоспорины, подавляющие активность в отношении тех бактерий, которые не редко устойчивы к гентамицину, а так же рифампицину и ванкомицину, отличающиеся эффективностью при стафилококковых заболеваниях. Однако, риск хронизации острых воспалительных процессов остается достаточно высоким. Это связано с тем, что многие штаммы патогенных микробов приобретают устойчивость к применяемым препаратам. На примере гонококковой инфекции показано, что даже высокочувствительные к антибиотикам микробные популяции способны выживать при внутриклеточной персистенции. В таких случаях скрытое инфицирование можно предупредить с помощью активации местных и общих иммунных реакций. Использование средств общей и местной специфической защиты в гинекологической практике является достаточно малоизученной проблемой.

Применение гетерогенной стафилококковой вакцины, по данным единичных авторов дает в 93% случаев положительный эффект при заболеваниях внутренних половых органов. Клиническое выздоровление происходит на фоне активации клеточного иммунитета и тканевой продукции специфических антител. Однако, данный подход к совершенствованию методов усиления специфической защиты требуют дальнейшего развития.

В настоящее время интенсивно развивается исследования по применению различных методов и средств для усиления местной защиты. Это методики биофореза и биогальванизации. Применение этих методов позволило снизить сроки лечения больных и дозы выводимых противомикробных препаратов. Однако, местное воздействие на пораженные органы оказалось эффективным лишь у больных с легкой и средней тяжестью течения болезни. При этом важное значение имеет общая резистентность пациентки. Для лечения больных с тяжелой формой заболевания рекомендуется применение иммунокорректирующей терапии.

В качестве неспецифических иммунокорректоров часто используют левамизол, спленин, кверцитин. Отмечено, что применение данных препаратов позволяет стимулировать бактерицидную функцию нейтрофилов, способствующих более быстрой элиминации возбудителя из организма. Однако, применение данных препаратов име-

ет свои недостатки. Для того, чтобы их применять, необходимо точно знать функциональное состояние иммунной системы организма, а эти исследования трудоемки и длительны. Большинство иммунокорректирующих препаратов не оказывают влияние на функцию β -клеток, т.е. не влияют на напряженность гуморального иммунитета. Кроме того, введение иммунокорректирующих препаратов позволяет включить только неспецифические факторы защиты.

В гинекологической практике вакцинопрофилактика почти не используется. Это объясняется тем, что многие воспалительные заболевания полиэтиологичны. Патологический очаг формируется с участием 2-3 условно-патогенных микроорганизмов. При этом состав ассоциаций может варьировать в широких пределах. Поэтому для усиления специфической иммунобиологической реакции целесообразно применять аутовакцины, т.е. препараты, приготовленные из выделенных у больного микроорганизмов.

Аутовакцины успешно применяются при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, сепсисе, дисбактериозах. Для лечения воспалительных процессов гениталий аутовакцины используются в единичных случаях.

Применение аутовакцины в гинекологии – это так называемый гетеропрепарат, приготовленный из трех штаммов стафилококков выделенных от больных хроническим тонзиллитом. Применение аутовакцин в гинекологии приводит к восстановлению клеточного иммунитета, а так же усилению гуморального иммунитета. Из факторов естественной резистентности отмечается восстановление активности лизоцима и повышение бактерицидной активности сыворотки крови.

Преимущества аутовакцин в том, что они включают все антигены микробов, являющиеся этиологическими факторами заболевания в каждом конкретном случае и обеспечивают выработку специфических антител к возбудителям с высокими аффинными свойствами.

Заключение. Не смотря на достигнутые высокие успехи в лечении ВПЖПО приведенные данные, свидетельствуют о том, что в современной гинекологической практике необходима разработка новых перспективных методов лечения ВПЖПО, направленных на восстановление экологического взаимодействия возбудителя и носителя, которые в настоящее время находятся лишь на начальном этапе разработки и требуют дальнейшего развития.

И.А.Лохматова, И.Б.Ершова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

irina-lohmatova_@mail.ru

I.A. Lokhmatova, I.B. Ershova

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF ASKARIDOSIS IN CHILDREN

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Лидирующее место среди геогельминтозов в мире занимает аскаридоз. Согласно мировой статистике, около 800 миллионов человек (21,65 на 100 тыс. населения) каждый год заболевают аскаридозом, подавляющее число инфицированных составляют дети. Многочисленными исследованиями были доказаны ряд факторов, которые оказывает *A. lumbricoides* на нутритивный статус детей: плохая всасываемость микронутриентов (Solomons, 1993; Crompton&Nesheim, 2002), задержка роста (Tarenetal., 1987), конкурирование за микронутриенты (Curtaleetal., 1993), потеря аппетита и сокращение количества принимаемой пищи (Stephensonetal., 1993). Нарушения нутритивного статуса, вызываемые геогельминтами, оказывают значительное воздействие на рост и физическое развитие. Любые нарушения функций органов пищеварения ведут к дисбалансу биоэлементного состава организма, ведь для большинства микроэлементов основными регуляторными механизмами гомеостаза являются процессы всасывания, преимущественно из пищеварительного тракта.

Цель: оценить эффективность включения витаминно-минеральных комплексов в лечебно-реабилитационные мероприятия у детей с кишечной фазой аскаридоза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 133 ребенка (экспериментальная группа – 65 чел., группа сравнения 68 чел.) с подтвержденным диагнозом аскаридоза от 1 до 18 лет. В комплексной терапии аскаридоза у детей экспериментальной группы использовали витаминно-минеральный комплекс АЛФАВИТ. В группе сравнения дети в составе аналогичных лечебно-реабилитационных мероприятий не получали витаминно-минеральные комплексы. Анализ результатов клинической эффективности был проведен через 1 и через 3 месяца от начала лечения.

Результаты и обсуждение. Дисфункции пищеварения в экспериментальной группе снизились до 35,38% (23 чел.) через 1 месяц, а через 3 месяца до 6,15% (4 чел.). В группе сравнения жалобы на нарушение пищеварения сохранялись у детей достоверно чаще (55,88% и 26,47% соотв.; $p < 0,05$). Жалобы на абдоминальный болевой синдром у детей экспериментальной группы снизились в 2 раза через 1 мес. (26,15% - 17 чел.), через 3 месяца отмечались у 1 ребенка (1,54%). В группе сравнения через 1 мес. Этот показатель составил 44,11% (30 чел.), а через 3 мес. 20,59% (14 чел.). Иммунологическая дезадаптация через 1 мес. отмечалась у 33,84% (25 чел.) и у 7,69% (5 чел.; $p < 0,01$) через 3 мес. в экспериментальной группе, а в группе сравнения – 42,65% (29 чел.) и 30,77% (20 чел.) соответственно. Такая же ситуация с динамикой ликвидации аллергических заболеваний: экспериментальная группа - 38,46% (25 чел.) через 1 мес., 10,77% (7 чел.) через 3 мес., $p < 0,05$; группа сравнения – 55,88% (38 чел.) и 26,47% (18 чел.) соотв. Астенический синдром через 1 мес. снизился до 50,77% (3 чел.) в экспериментальной группе, в группе сравнения наблюдался у 69,12% (47 чел.), через 3 месяца показатели имели отличия при $p < 0,01$: 15,38% (10 чел.) и 50,0% (34 чел.).

Заключение: 1. Предложенный комплексный подход при лечении аскаридоза у детей является эффективным и способствует ускоренной ликвидации наиболее выраженных клинических проявлений. 2. У детей достоверно быстрее исчезают функциональные нарушения пищеварения, абдоминальный болевой и астенический синдромы, иммунологическая дезадаптация и аллергические заболевания. 3. Положительная динамика исчезновения клинических проявлений была выявлена у детей всех возрастов, что подтверждает эффективность использования ВМК в лечебно-реабилитационных мероприятиях аскаридоза.

УДК 61:519.2 (075.2)

А.Д. Луговсков, И.Н. Приземина, С.Ю. Знагован, О.А. Козикова
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВА-
РЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ЛУГАНСКА ЗА 2014-2016 гг

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

irina4242@mail.ru

A.D. Lugovskov, I.N. Prizemina, S.Yu. Znogovan, O.A. Kozikova
**STATISTICAL ANALYSIS OF DISEASE DISEASES IN CHILDREN
 AND ADOLESCENTS IN LUGANSK FOR 2014-2016 YEARS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность темы. Показатели заболеваний органов пищеварения (ЗОП) у детей и подростков г. Луганска, по данным официальной статистики, дают возможность оценивать состояние их здоровья с помощью классического представления статистического анализа показателей распространенности и заболеваемости болезней органов пищеварения в зависимости от возрастной категории (0-14 лет, 15-17 лет), так и с помощью углубленных методов анализа непараметрической статистики [О.Ю.Реброва, 2002; В.А. Медик, М.С. Токмачев, 2007].

Цель. Провести статистический анализ в определении различий распространенности и заболеваемости детей г. Луганска болезнями органов пищеварения в зависимости от возрастной категории (0-14 лет, 15-17 лет) с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждения. Показатели распространенности ЗОП у детей и подростков по возрастным категориям по состоянию на 01.01.2017 за 2016 год в г. Луганске составило: от 0 до 14 лет 3 418, что составляет 660 на 10 тыс. детского населения; от 15 до 17 лет - 1 347 ЗОП (156 на 10 тыс.); от 0 до 17 лет 4 765 ЗОП (785 на 10 тыс. детского населения). Зарегистрировано с диагнозом, установленным впервые в жизни в возрасте: от 0 до 14 лет 1 757 случаев, что составляет 340 на 10 тыс. детского населения; от 15 до 17 лет 288 (333 на 10 тыс. детского населения); от 0 до 17 лет всего 2045 (340 на 10 тыс. детского населения). Из проведенного нами анализа, лидирующими заболеваниями среди нозологий для всех возрастных категорий являются: хронический гастрит, гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональные расстройства поджелудочной железы.

Заключение. Опираясь на изложенный материал, важным, по нашему мнению, следует считать дальнейшее изучение различий выявления заболеваемости и распространенности патологий органов пищеварения детского населения г. Луганска по данным официальной статистики применение углубленных методов статистического анализа данных в анализе этой проблемы.

Ю.А. Манищенко

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

yuliam17@yandex.ru

Yu. A. Manishchenkova

PECULIARITIES OF TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION IN PREGNANT WOMEN

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) возникают на различных сроках беременности у 356 из 1000 женщин. ОРВИ способствуют интоксикации, активизации латентной инфекции, проникая через плаценту, вирусы обуславливают внутриутробное инфицирование, преждевременное прерывание беременности, врожденные пороки развития и даже гибель плода. Лечение необходимо начинать как можно раньше, но данная категория пациенток требует особого внимания, так как необходимо применять только лекарственные препараты с установленным уровнем безопасности во время беременности. Медикаментозная терапия ОРВИ у беременных имеет особенности, потому что многие лекарственные средства противопоказаны.

Цель работы: разработать способ лечения ОРВИ, острого вирусного ринита у беременных с помощью комбинирования препаратов энгистол и синупрет.

Материалы и методы. Лечение производилось в двух группах больных. Первая группа получала при первых признаках заболевания только синупрет, вторая – комбинацию препаратов синупрет и энгистол. Для оценки эффективности терапии использовали объективные критерии эндогенной интоксикации – концентрацию в крови средних молекул.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного динамического клинического наблюдения в двух группах пациенток отмечалась положительная динамика: снижение симптомов интоксикации, заложенности носа и ринореи, однако во второй группе беременных субъективное улучшение самочувствия отмечалось раньше на 3-4 дня, чем в первой группе. Зарегистрировано снижение уровня средних молекул в первой группе, однако до критериев

нормы они не приблизились, во второй группе – снизились практически до нормальных цифр.

Заключение. Вышеизложенное свидетельствует о более выразительном положительном эффекте лечения пациентов второй группы, где применялся разработанный способ лечения. Таким образом, применение комбинированной терапии синупретом и энгистолом при ОРВИ у беременных является актуальным.

УДК 616.9 -053.3-036.886-036.2-084

В. В. Медведева, Н. П. Кучеренко, Л. А. Гончарова
СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ
СМЕРТИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
 Донецк, ДНР*

pediatriai-detskie-infekcii@dnmu.ru

V.V. Medvedeva, N.P. Kucherenko, L.A. Goncharova
MODERN RISK FACTORS OF SUDDEN INFANT DEATH
SYNDROME IN DONETSK REGION

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, DNR

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, частота развития синдрома внезапной смерти грудных детей (СРСГД), на сегодняшний день не уменьшается и остается достаточно высокой во многих странах мира. Это, прежде всего, связано с разнообразием причин развития данного синдрома, изучение которых до сих пор остается актуальной проблемой педиатрии.

Цель работы – повышение эффективности мер профилактики синдрома внезапной смерти грудных детей на основании изучения современных факторов риска.

Материал и методы: проанализированы 326 случаев смерти детей первого года жизни, которые произошли за пределами лечебных учреждений г. Донецка и Донецкой области за 1996–2016 гг. Идентификация факторов риска внезапной смерти детей грудного возраста проводилась путем определения показателя отношения рисков (ОР), расчета 95 % доверительного интервала (95 % ДИ).

Результаты и обсуждение. Установлено, что на формирование повышенного риска развития синдрома внезапной смерти грудных детей оказывает влияние комплекс неблагоприятных факторов, таких как: курение матери (относительный риск (ОР)=27,7; 95 % доверительный ин-

тервал (ДИ) 4,0–191,0), вредные факторы на производстве (относительный риск (ОР)=13,8; 95 % доверительный интервал (ДИ) 3,6–53,1), пребывание ребенка без присмотра родителей более 6 часов (относительный риск (ОР)=8,7; 95 % доверительный интервал (ДИ) 2,2–34,3), искусственные аборты (относительный риск (ОР)=8,1; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,1–61,4), предшествующие случаи смерти детей в семье (относительный риск (ОР)=8,1; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,1–61,4), перенаселенная квартира (относительный риск (ОР)=6,9; 95 % доверительный интервал (ДИ) 2,8–17,4). Особое внимание следует уделять преморбидному фону детей, входящих в группу риска по развитию синдрома внезапной смерти грудных детей. При этом наибольшее значение имеют гипотрофия, гестационный возраст ребенка при рождении менее 36 недель, рахит, незрелость ребенка (относительный риск (ОР)=6,9; 95 % доверительный интервал (ДИ) 2,8–17,4), низкая или высокая масса тела ребенка при рождении (относительный риск (ОР)=5,8; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,4–24,0), частые острые респираторные вирусные инфекции (относительный риск (ОР)=5,8; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,4–24,0), искусственное вскармливание (относительный риск (ОР)=4,9; 95 % доверительный интервал (ДИ) 2,1–11,0) и тимико-лимфатический статус (относительный риск (ОР)=3,6; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,9–7,1).

Заключение. Исследование подтверждает полиэтиологичность синдрома внезапной смерти грудных детей, в генезе которого наряду с наследственной предрасположенностью, ролью социально-экономических факторов, значением респираторных расстройств, кардиологических нарушений очевидно отрицательное влияние медико-биологических факторов.

УДК 618.3/7:616.8-009.2-02:614.882

**А.Ю. Мельников, С.В. Бондаренко, Н.В. Князева, Л.Е. Черных,
Е.А. Сидорова, В.А. Байдала**

МЕЖБОЛЬНИЧНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

*Республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины
катастроф Донецкой Народной Республики, г. Донецк, ДНР*

rcemp@zdravdnr.ru

**A.Yu. Melnikov, S.V. Bondarenko, N.V. Knyazeva, L.E. Chernykh,
E.A. Sidorova, V.A. Baydala.**

INTERHOSPITAL TRANSPORTATION OF PATIENTS WITH PREECLAMPSIA

Republican center of emergency medical care and disaster medicine of the Donetsk People's Republic, Donetsk, DPR

Актуальность. На сегодняшний день ни одна проблема в акушерстве не вызывает столь пристального внимания как проблема преэклампсии и эклампсии. В общей популяции беременных женщин частота преэклампсии составляет 5-10%, а эклампсии - 0,05%. В настоящее время преэклампсия в развивающихся странах является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. До 18% случаев антенатальной гибели плода связано и гипертензионными осложнениями беременности.

Учитывая сложившуюся в последние годы трехуровневую систему оказания медицинской (в т.ч. перинатальной) помощи, большинство беременных с преэклампсией средней и тяжелой степени родоразрешаются в перинатальных центрах III уровня. В связи с этим повышается актуальность вопроса организации межбольничного перевода пациенток данной категории, оценки критериев транспортабельности и рациональной терапии в пути.

Целью данного исследования явился анализ опыта работы отдела Выездной акушерско-гинекологической консультативной специализированной экстренной медицинской помощи и интенсивной терапии (ВАГКСЭМП и ИТ) Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Донецкой Народной Республики (РЦЭМП и МК ДНР) по межбольничной транспортировке пациенток с преэклампсией.

Материал и методы. Полученные в ходе исследования данные базируются на обобщенных и проанализированных материалах и отчетах отдела ВАГКСЭМП и ИТ РЦЭМП и МК ДНР и Республиканского центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий Донецкой Народной Республики.

Результаты и обсуждение. При анализе данных, представленных нами, видно, что имеется тенденция к росту числа вызовов к пациенткам с преэклампсией, количества транспортировок беременных с преэклампсией. Транспортировки в стационары III уровня оказания перинатальной помощи родильниц с поздними гестозами и повторные выезды к ним имеют тенденцию к снижению. Случаев смерти пациенток в пути не было.

Обсуждая вопросы межбольничной транспортировки пациенток с поздними гестозами, нельзя не уделить внимания критериям оценки транспортабельности больных, подготовке к транспортировке и противопоказаниям к ней.

Противопоказаниями к транспортировке мы считаем эклампсию, токсико-дисциркуляторную энцефалопатию III степени с выраженной судорожной готовностью, нарушения зрения (выраженный отек или отслойка сетчатки), отрицательную динамику в лечении гипертензии у пациенток с тяжелой преэклампсией, подозрение на ОНМК (не купирующаяся головная боль, рвота), а также подозрение на преждевременную отслойку плаценты.

Целевым уровнем при проведении антигипертензивной терапии считаем АД = 150/100 мм рт.ст. Уровень протеинурии и выраженность отеочного синдрома учитываются как фактор риска развития судорожного приступа, но не влияют существенно на транспортабельность пациентки.

Нами разработаны следующие рекомендации по межбольничной транспортировке пациенток с поздними гестозами, оформленные в виде локального протокола РЦЭМП и МК ДНР.

1. Легкая преэклампсия.

1.1. В работе бригад отдела ВАГКСЭМП и ИТ рассматривается как сопутствующая патология, транспортируется в профильное УЗ в зависимости от основной патологии, определяющей тяжесть состояния беременной.

1.2. Во время транспортировки проводится симптоматическая терапия по необходимости по решению врачей-консультантов отдела ВАГКСЭМП и ИТ.

2. Преэклампсия средней тяжести.

2.1. Подготовка к транспортировке.

2.1.1. Направлена на стабилизацию АД и неврологического статуса пациентки.

2.1.2. Катетеризация периферической вены обязательна.

2.1.3. Седативная терапия перед транспортировкой (как правило, препараты бензодиазепинового ряда) проводится по назначению врача.

2.2. Транспортировка

2.2.1. Решение о транспортировке с использованием носилок, сидячей каталки или своим ходом принимается врачами отдела ВАГКСЭМП и ИТ исходя из состояния пациентки и конкретных условий выполнения поставленной задачи.

2.2.2. В случае нестабильного эффекта от проведенной терапии предпочтение отдается переводу пациентки в стационар III уровня.

2.2.3. В пути проводится контроль за состоянием беременной, проводится симптоматическая терапия по показаниям.

3. Тяжелая преэклампсия

3.1. Подготовка к транспортировке.

3.1.1. Может быть предварительно проведена сотрудниками консультируемого УЗ по согласованию с врачами отдела ВАГКСЭМП и ИТ.

3.1.2. Направлена на стабилизацию АД и неврологического статуса пациентки, уровня протеинемии и почасового диуреза.

3.1.3. Катетеризация периферической вены обязательна.

3.1.4. Кроме антигипертензивной терапии обязательным компонентом подготовки беременной к транспортировке является магнезиальная и седативная терапия. Целесообразна противоотечная терапия (L-лизина эсцинат).

3.1.5. Седативная терапия перед транспортировкой (как правило, препараты бензодиазепинового ряда) проводится по назначению врача.

3.1.6. Консультация окулиста и невропатолога.

3.1.7. Оценка транспортабельности пациентки проводится врачами отдела ВАГКСЭМП и ИТ.

3.2. Транспортировка

3.2.1. Транспортировке с использованием носилок предпочтительна.

3.2.3. В пути проводится контроль за состоянием беременной, проводится симптоматическая терапия по показаниям.

4. Эклампсия. Родоразрешение пациентки с эклампсией проводится на месте. Вопрос о переводе в отделение анестезиологии и интенсивной терапии стационара III уровня решается индивидуально в зависимости от динамики течения послеродового периода и осуществляется специализированными выездными бригадами отдела ВАГКСЭМП и ИТ.

Заключение. Рациональный подход к межбольничной транспортировке пациенток с преэклампсией позволяет проводить их родоразрешение в условиях стационаров преимущественно III уровня оказания перинатальной помощи. Это дает возможность обеспечить качественное обследование и лечение как женщин, так и новорожденных, что особенно важно при недоношенной беременности.

УДК 616-053.2:159.9-055.52

**А.В. Налетов, С.В. Налетов, А.С. Барина
УРОВЕНЬ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ
В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С H. PYLORI, И ПРИЧИНЫ
ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, ДНР*

a_barinova86@mail.ru

**A.V. Naletov, S.V. Naletov, A.S. Barinova
LEVEL OF PARENTAL COMPLICITY IN THE TREATMENT
OF CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENAL
PATHOLOGY ASSOCIATED WITH H. PYLORI AND THE
CAUSES AFFECTING ON IT**

Donetsk State Medical University, M. Gorky, Donetsk, DNR

Актуальность. Инфекция *H. pylori* рассматривается в качестве основного этиологического фактора развития хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) и формирования наиболее тяжелых ее форм среди пациентов всех возрастных групп. В странах СНГ данным микроорганизмом инфицировано около 70-80 % взрослого населения, а детского, в зависимости от возраста, – 40-70 %. При этом эффективность традиционных антихеликобактерных схем на сегодняшний день имеет негативную тенденцию к снижению, а эскалация доз препаратов и количества компонентов эрадикационной терапии, рекомендованных международными пособиями для повышения уровня эрадикации, не всегда возможна в педиатрической практике. Низкий уровень комплаентности в отношении проводимой антихеликобактерной терапии может оказывать негативное влияние на эффективность эрадикации, повышая антибиотикорезистентность бактерий, частоту развития побочных эффектов. Однако при лечении пациентов детского возраста контроль за соблюдением проводимой терапии в большей степени ложится не на пациента, а на его родителей, контролирующих режим приема препаратов.

Цель: изучить уровень родительской комплаентности и выявить основные факторы, влияющие на него при лечении ХГДП у детей.

Материалы и методы. На базе ГДКБ №1 г. Донецка и Медицинского центра «Гастро-лайн» г. Донецка нами было обследовано 103 ребен-

ка старшего школьного возраста, страдающих ХГДП, ассоциированной с *H. pylori*. Диагностику заболевания проводили на основании жалоб, объективного обследования и фиброэзофагогастродуоденоскопии с биопсией и последующим морфологическим изучением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение инфекции *H. pylori* проводили двумя методами: уреазным дыхательным тестом при помощи тест-системы «Хелик» (ООО «АМА», Россия), быстрым уреазным тестом с биопсийным материалом с использованием тест-системы «Хелпил» (ООО «АМА», Россия). После курса антихеликобактерной терапии в ходе консультативного приема с пациентами и их родителями нами было проведено анкетирование с определением уровня родительской комплаентности при помощи разработанного нами опросника, а также установлены основные причины, влияющие на приверженность родителей в отношении терапии, проводимой их ребенку.

Результаты и обсуждение. Установлено, что среди обследованных пациентов лишь у 31 (30,1±4,5%) ребенка родители были комплаентными, а у 72 (69,9±4,5 %) детей – частично либо полностью некомплаентными. Нами установлено, что среди основных причин, снижающих родительскую комплаентность, были низкий уровень информированности родителей о переносимом их ребенком заболевании – 44 (42,7±4,9 %) пациента, боязнь развития побочных эффектов от получаемых препаратов – 23 (22,3±4,1 %), несоответствие стоимости лечения финансовым возможностям семьи – 31 (30,1±4,5 %), невозможность контроля приема ребенком препаратов из-за занятости родителей на работе – 21 (20,4±4,0 %), трудности, связанные с соблюдением режима приема лекарств в школе – 20 (19,4±3,9 %), собственное мнение родителей о нецелесообразности столь длительного курса антибиотикотерапии – 18 (17,4±3,7 %), неуверенность в эффективности назначенной терапии, учитывая предыдущий негативный опыт лечения – 15 (14,6±3,5 %), недоверие к лечащему врачу – 12 (11,7±3,2 %), забывчивость – 11 (10,7±3,0 %), сложность соблюдения назначенной схемы лечения – 7 (6,8±2,5 %). При этом у большинства некомплаентных родителей отмечено сочетание различных факторов, снижающих приверженность к лечению.

Заключение. Таким образом, при лечении пациентов детского возраста, страдающих ХГДП, ассоциированной с *H. pylori*, нами было установлено, что лишь у менее 1/3 пациентов родители являются полностью комплаентными в отношении терапии, получаемой их ребенком. При этом у большинства родителей можно было выявить сра-

зу несколько причин, снижающих их комплаентность. Несомненным является тот факт, что не полное соблюдение режима приема и длительности проводимой терапии оказывает влияние на эффективность применяемой ребенку антихеликобактерной терапии.

УДК 616.14.-119-8

Т.Ф.Осипова, И.Б.Ершова

БОЛЕЗНЬ КАРОЛИ У РЕБЁНКА- ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

osypovatatyana@mail.ru

T.F. Osypova, I.B. Ershova

CAROLY DISEASE IN THE CHILD - DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. За последнее время внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику улучшило качество диагностики редких и трудно выявляемых заболеваний. К таким заболеваниям относятся кистозные изменения желчных протоков. Болезнь Кароли, или кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков, описана Jaques Caroli в 1958 году. Это редко наблюдаемое заболевание характеризуется наличием врожденных кист, которые являются продолжением первичных ветвей внутрипеченочных билиарных протоков. Болезнь Кароли чаще встречается у лиц мужского пола и может проявляться в любом возрасте, но манифестация чаще происходит у детей и подростков. Появляются приступообразные боли в правом подреберье с подъемом температуры тела вплоть до лихорадки, желтушность кожных покровов, кожный зуд, гепатомегалия. Отмечается повышение уровня билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы. Наличие триады Шарко (лихорадка, боли, желтуха) позволяет думать о рецидивирующем холангите. В дальнейшем образование в кистах желчной замазки и конкрементов приводит к поражению и внепеченочных желчных протоков, при этом течение заболевания осложняется, а присоединение бактериальной инфекции может привести к абсцессу печени, сепсису. Осложнениями болезни Кароли являются септический шок, почечная недостаточность, амилоидоз, холангиокарцинома.

Сочетание болезни Кароли с врожденным фиброзом печени определяют как синдром Кароли. Кроме того, при заболевании одновременно могут быть аномалии холедоха, других внепеченочных

протоколов, в этих случаях развивается портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Цель работы - улучшение ранней диагностики редко встречающихся заболеваний у детей.

Материалы и методы. Материалом исследования явился случай болезни Кароли у ребёнка. Из методов исследования использовались клинический осмотр, выяснение жалоб и анамнезов, изучение медицинской карты, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Приводим собственное наблюдение болезни Кароли у девочки К., которая в возрасте 2 года 3 мес. поступила в педиатрическое отделение с жалобами на периодические боли в животе, наблюдающиеся регулярно последние 2 мес., периодически желтушность кожных покровов, повышение температуры тела до 37,5, плохой аппетит, увеличение живота, учащение стула с 1 до 5 раз в сутки, однократно - обесцвеченный стул

Из анамнеза жизни - девочка родилась от 1 беременности, протекавшей на фоне хронического бронхита матери, 1-х срочных родов с массой тела 3350, длиной тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8 / 9 баллов. Вакцинирована в условиях роддома согласно календарю прививок. Выписана домой на 4-е сутки

Из анамнеза заболевания - желтушность кожных покровов отмечалась у девочки с 3-х по 10-е сутки. Обесцвеченный стул наблюдался однократно в возрасте ребенка 1 год 1 месяц. В этом возрасте девочка была обследована: при проведении УЗИ и КТ печени и желчевыводящих путей была обнаружена киста холедоха. Была диагностирована болезнь Кароли. Девочке сразу была проведена операция: лапаротомия, иссечение кисты холедоха, холедоходуоденальный анастомоз конец в бок, холецистэктомия. Во время лапаротомии было установлено, что киста была расположена на всем протяжении от ворот печени до 12-перстной кишки, размер общего желчного протока до кисты 2 см, ширина 1,5 см. При повторном проведении КТ печени и желчевыводящих путей в возрасте 1 год 5 мес. обнаружены множественные кисты желчевыводящих путей.

Общее состояние ребенка при поступлении в отделение было средней тяжести. Девочка правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы бледные, видимые слизистые оболочки розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Аускультативно в

легких пуэрильное дыхание, перкуторно-легочный звук. Сердечная деятельность ритмичная, патологических шумов не выявлено. Живот увеличен в объеме, при пальпации отмечается болезненность в околопупочной области, печень выступает из-под нижнего края правой реберной дуги на 3 см, более выражено увеличение левой доли печени, селезенка не пальпируется. Стул оформлен, до 3 раз в сутки, коричневого цвета, мочеиспускание не нарушено.

В анализе крови эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ / л, гемоглобин 128 г / л, лейкоциты $10,4 \times 10^9$ / л, тромбоциты 345×10^9 / л, СОЭ 25 мм / ч, общий белок 73,3 г / л, общий билирубин 10,6 мкмоль / л, АЛАТ 112 ммоль / л.ч, АСАТ 54 ммоль / л.ч, глюкоза 4,8 ммоль / л, протромбиновое время 13 с., протромбиновый индекс 100%. Анализ крови на маркеры гепатитов отрицательный.

Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости выявило эктазию внутривнутрипеченочных желчных протоков и дистальных отделов общего желчного протока с признаками увеличения до 2,8 x 1,8 см, наличие синдрома сгущенной желчи. В просвете общего желчного протока - эхогенные включения 0,2 x 0,4 см, комкообразный сладж. Также выявлена гепатомегалия.

Была диагностирована болезнь Кароли с синдромом холестаза. Назначено лечение урсофальком по 75 мг 2 раза в день. Рекомендована ортотопическая трансплантация печени от живого родственного донора. Последние обследования: Клинический анализ крови - гемоглобин 116 г/л, гематокрит 36%, эритроциты $4,36 \times 10^{12}$ /л, MCV 79,8, MCH 26,6, MCHC 33,3 г/дл, лейкоциты $4,08 \times 10^9$, эозинофилы 3%, нейтрофилы общ. 55%, лимфоциты 33%, моноциты 9%. Биохимическое исследование крови: С - реактивный белок - менее 1 г/л, мочевины 14 мг/дл, креатинин 0,37 мг/дл, натрий 141 ммоль/л, калий 4 ммоль/л, кальций общий 2,42ммоль/л, фосфор 1,44 ммоль/л, магний 0,89 ммоль/л, билирубин общий 0,3 мг/дл, АСТ 32 Ед/л, АЛТ 17 Ед/л, протеины 71 г/л, альбумины 43,52 г/л, витамин А31 мкг/дл, витамин Е 1101 мкг/дл. Назначено лечение - урсохол 150 мг 3 р. в день, конакион 10 мг 1 р. в неделю.

В настоящее время девочка готовится к трансплантации печени, проводится обследование родственного донора.

Заключение. Для практикующих врачей описанный случай редко встречаемой патологии - болезни Кароли - у ребёнка представляет интерес в плане необходимости углубленного обследования

ребенка с использованием ультразвуковых методов сканирования органов брюшной полости, компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса в случае выявления таких симптомов, как, интермиттирующая желтушность кожных покровов, сопровождающаяся повышением температуры тела, боль в животе, плохой аппетит, учащение стула, периодически наблюдающаяся ахолия стула, гепатомегалия и спленомегалия.

УДК 616.8-008.6:618.4-006.36

В.А.Пеннер, В.В.Борисенко, Н.А.Удовика, .В.Воскобойникова
ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ
МАТКИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

V.A.Penner, V.V.Borisenko, N.A.Udovika, E.V.Voskoboynikova
VEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA
SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Соматогенные неврологические расстройства встречаются в практической работе врачей разных специальностей. Они могут быть обусловлены метаболическими, токсическими, гипоксическими расстройствами, а также развиваться по рефлекторному механизму под воздействием патологической импульсации из пораженного органа. Соматогенные неврологические расстройства имеют место и в гинекологической практике.

В последние десятилетия большое внимание привлекают вегетативные расстройства, возникающие при миоме матки. Наибольшая частота миом матки встречается в возрасте 20—40 лет и составляет около 30 % в структуре гинекологических заболеваний.

Установлены патогенетическая значимость гипоталамо-гипофизарной области в формировании миомы матки, возникшая компрессия периферических нервных стволов и изменение периферической гемодинамики при ее прогрессировании. Патогенез поражений нервной системы также обусловлен рефлекторно-ирритативными, гормональными и циркуляторными нарушениями и зависит от тяжести первичного заболевания.

Анализ литературных данных позволяет отметить, что описаны лишь отдельные неврологические синдромы у больных миомой матки, недостаточно изучено состояние церебральной гемодинамики, не описаны вегетативные нарушения, их клиническое своеобразие.

Целью работы являлось изучение клинико-патогенетических механизмов развития вегетативных расстройств, обусловленных миомой матки, и разработка комплекса патогенетического воздействия для их коррекции.

Материал и методы исследования. Нами проведено клинико-физиологическое обследование 55 женщин в возрасте от 45 до 54 лет с миомой матки размером от 6 до 16 недель беременности с подслизистым, межмышечным и подбрюшинным расположением фиброматозных узлов. Все обследованные женщины не имели соматической патологии. Средний возраст составил $49,5 \pm 4,7$ лет. У 32 (58,2%) женщин заболевание длилось от двух до пяти лет, а у 23 (41,8%) - от шести до девяти лет и больше. Наиболее часто у обследуемых женщин выявлялась миома матки размером 6-8 недель беременности - у 22 (40,0%), 9 - 10 недель - у 15 (27,2%), 11-12 недель беременности - у 10 (18,1%), 13 - 16 недель - у 8 (14,5 %) женщин.

Клинико-неврологическое обследование больных проводили по единому диагностическому алгоритму, включающему лабораторно-инструментальные методы исследования, рентгенографию позвоночника, электроэнцефалографию (ЭЭГ), Эхо-ЭГ, реовазографию сосудов верхних и нижних конечностей, реоэнцефалографию (РЭГ), КТ, МРТ позвоночника, ЭНМГ. Для выявления вегетативной дисфункции и объективизации болевого вегетативного синдрома использовали опросники. Вегетативная реактивность (ВР) исследовалась при помощи рефлекса Ашнера-Даньини по методике Вейна А.М. Вегетативную обеспеченность физической деятельности изучали при проведении клиноортостатической пробы. Статистическая обработка данных проводилась стандартными методами при помощи программы статистического анализа StatPlus (2006), параметрические и непараметрические методы статистического анализа.

Результаты и обсуждение. У наблюдаемых больных, страдающих миомой матки, нами выявлены многообразные неврологические феномены, свидетельствующие о развитии как приходящей, так и стабильной патологии различных отделов нервной системы: черепной иннервации, двигательной, чувствительной и вегетативной функций. Нами проведен анализ менструальной функции в динамике, так как ее нарушение является одним из косвенных показателей функции системы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка.

Из обследованных больных у 32 (58 %) женщин менструация началась в 14-15 лет, у 8 (14,5 %) - в 16-17 лет и лишь у 15 (27,2 %) имело мес-

то раннее начало менструальной функции. Как известно, запоздалое начало менструальной функции свидетельствует о предшествующих миоме матки гормональных нарушениях. У наблюдаемых больных изменялся характер менструального цикла: у 35 (63,2 %) женщин отмечались болезненные менструации, циклические аномальные маточные кровотечения наблюдались преимущественно при подслизистой локализации узла, у 14 (25,4 %) женщин кровотечения приобретали ациклический характер, скудные менструации отмечались у 6 (10,9 %) женщин с межмышечной локализацией миомы.

Чувствительные расстройства объективизировались болезненностью при пальпации периферических нервных стволов нижних конечностей – у 32 (58,1 %) женщин. Болезненность в области кожного бедренного нерва обнаруживалась у 4 (7,3 %) женщин, болезненность в области бедренного полового нерва – у 2 (3,6 %), болезненность по ходу седалищного нерва – у 26 (47,2 %), симптомы натяжения – у 22 (40,0 %) женщин. Во многих случаях наблюдали гиперестезии и боли в параанальной области, которые не зависели от положения тела. На этом фоне были вегетативные симптомы в виде резких, очень неприятных ощущений жжения, распирания и зуда, а также усиления сосудистого рисунка и гипергидроза в области крестца, промежности и заднего прохода.

Боли, которые мы наблюдали у больных, имели различное происхождение и характер. Боль в позвоночнике отмечалась у 42 (76,4 %) женщин, была различной интенсивности, у 29 (52,7 %) локализовалась в пояснично-крестцовой области, у 13 (23,6 %) – в грудном отделе позвоночника и определялась как «тупая», «ноющая», «чувство ломоты», нередко характеризовалась больными как «жгучая» боль или как ощущение «холода». У 21 (38,2 %) пациенток боль в позвоночнике имела тенденцию к иррадиации вверх по позвоночнику, но чаще в нижние конечности, паховую область, наружную поверхность бедра, проявившиеся после диагностики миомы матки через 1,5-2 года, усиливалась после физической нагрузки, перед и во время менструаций, при перемене погоды. Довольно часто наблюдались парестезии в затылочной области – у 34 (61,8 %) женщин, на туловище – у 18 (32,7 %), но они преимущественно возникали в нижних конечностях, более выраженные в голенях и стопах – у 23 (41,8 %) больных.

При больших размерах и медленном, постепенном росте миомы матки боли были ноющего, тянущего характера, отмечались посто-

янно на протяжении всего менструального цикла. Схваткообразные боли во время менструации чаще наблюдались при подслизистой локализации узла и свидетельствовали уже о сравнительно большой давности процесса. При расположении миоматозного узла на передней поверхности матки у 12 (21,8 %) больных тазовые боли в результате давления узлов на органы иррадиировали в область мочевого пузыря, нижние отделы передней брюшной стенки; у 17 (9,4%) больных миоматозные узлы исходили из задней поверхности матки и боли иррадиировали в прямую кишку. У 9 (4,9 %) больных при интралигаментарном расположении узла наблюдались сильные боли вследствие давления на нервное сплетение, расположенное в области внутреннего зева шейки матки. Эти болевые ощущения имели четкую характеристику, присущую конкретному «синдрому сдавления» конкретного органа. При субсерозной локализации миомы и больших ее размерах наблюдались симптомы нарушения функций окружающих органов (дизурические расстройства, запоры, геморрой). Всем этим пациентам было рекомендовано оперативное лечение.

Латентные расстройства болевой чувствительности изучались у 55 больных в кожно-сенсорных зонах матки (зоны Захарьина-Геда) методом сенсорно-болевой адаптации в сегментах D10-S1. Изменения болевой адаптации выявлены у 41 (74,5 %) больной, у 18 (32,7 %) отмечалось удлинение болевого и тактильного ощущения, которое нередко сопровождалось чувством распирания, жжения, тепла. В месте укола появлялась вегетативно-сосудистая реакция – гиперемия, реже – побледнение. У 8 (14,5 %) больных наблюдалось укорочение тактильного восприятия на фоне удлинения времени болевого ощущения. У 5 (9,1 %) больных выявлялся атипичный вариант нарушений: болевые и тактильные ощущения сменяли друг друга, сопровождалась гиперпатией вокруг прикосновения иглой адаптометра, длительность болевых и тактильных ощущений была нестабильной.

Расстройства болевой чувствительности по сегментарному типу наблюдались в виде гипоалгезии у 20 (36,3 %) больных в сегментах D10-S1. Проводниковые расстройства болевой чувствительности выявлены у 9 (16,3 %) больных с уровня D8-D10. По нашему мнению, они могут свидетельствовать о патологической заинтересованности спинальных проводниковых систем у данной категории обследованных больных.

У всех обследованных больных были выявлены как перманентные, так и пароксизмальные вегетативные расстройства, которые носили

полиморфный характер. Одной из ведущих жалоб больных была головная боль, выявленная у 42 (76,4 %) пациенток, которая локализовалась чаще всего в лобно-теменно-затылочной области – у 32 (58,0 %) больных и в височной – у 10 (18,1 %), иногда мигрирующая. У 22 (40,0 %) больных головная боль носила пароксизмальный характер. Она была разнообразной по характеру: постоянная и периодическая, давящая, сжимающая, распирающая, но преобладала головная боль напряжения – у 25 (45,4 %) больных. Более чем у половины больных головная боль различного характера была связана с влиянием следующих провоцирующих факторов: нервно-психическое напряжение, изменение температуры окружающей среды, атмосферного давления, времени года, сопровождалась головокружением системного характера у 13 (23,6 %) женщин, шумом в ушах и голове – у 15 (27,3 %), ознобами – у 8 (14,5 %). При нарастании головной боли отмечались фотопсии в виде потемнения перед глазами, появлением «мушек», «пелены» – у 28 (50,9 %) женщин, «приливы» к голове и жар – у 49 (89,0 %), иногда «приливы» сменялись чувством «зябкости». «Приливы» к голове и «жар» сопровождалось выраженной потливостью, гипер- и гипостезиями – у 31 (56,4 %) женщины.

Мигрень с аурой наблюдались у 3 (5,5 %) больных чаще перед наступлением месячных. Аура в виде расстройств зрения: появление скотом, зрительных персевераций, фортификаций, мелькание «мушек». После ауры возникала приступообразная боль в одной половине головы, чаще в височной, сопровождалась шумом в ушах, тошнотой, рвотой, значительно усиливалась при движении головы, от световых, звуковых раздражителей. Приступы длились от нескольких часов до суток. Пароксизмальный период отличался общим плохим самочувствием. В отличие от мигрени, мигренеподобные пароксизмы не имели ауры, не имели наследственной предрасположенности и впервые возникли на фоне растущей фибромиомы размером 11-14 недель беременности и встречались у 5 (9,1 %) женщин.

У 15 (27,5 %) больных наблюдались гипоталамические расстройства в виде синдрома нарушения терморегуляции, которые проявлялись суточными колебаниями кожной температуры.

У 39 (71 %) женщин наблюдались вегетативные пароксизмы: симпатoadреналовые – у 15 (27,3 %) женщин с размером миомы от 7 до 12 недель беременности. Они характеризовались усилением головной боли затылочно-теменной локализации, беспокойством, сердцебиением, иногда сопровождалось ознобом, отмечалось повышение

артериального давления до 170/90 мм рт. ст., похолодание рук и ног. Полиурия в конце приступа наблюдалась у 3 (5,5 %) больных. Чаще всего симпато-адреналовые кризы возникали на фоне болей внизу живота в предменструальный период и в начале менструации.

Вагоинсулярные кризы наблюдались только у 3 (5,5 %) больных с большим размером миомы – 14-16 недель беременности и сопутствующей гиперполименореей. При этом возникали гиперемия кожных покровов, потливость, головная боль с тошнотой, отмечалось падение артериального давления, иногда наблюдалась кратковременная потеря сознания. У 8 (14,5 %) женщин отмечались смешанные кризы, которые характеризовались одновременным или поочередным проявлением как симпатоадреналового, так и вагоинсулярных проявлений.

У 10 (18,1 %) женщин с гиперполименореей во время менструаций или после них отмечались синкопальные пароксизмы, которые характеризовались расстройством сознания различной глубины. Нередко перед потерей сознания больные ощущали жар в лице, шее, резкую слабость, потемнение перед глазами. Такие пароксизмы продолжались от нескольких секунд до нескольких минут и сопровождалась последующей выраженной общей слабостью, диффузной головной болью.

У 5 (9,1 %) больных были выявлены вестибулярные пароксизмы, которые впервые возникли на фоне развивающейся фибромиомы и были связаны с ездой в транспорте, переменой положения туловища. Приступы головокружения были преимущественно системными, сопровождалась головной болью, шумом в ушах, тошнотой, рвотой, бледностью лица, продолжались от нескольких минут до нескольких часов; у 3 (5,5 %) больных наблюдался подъем артериального давления (180-160/110-90 мм рт. ст.), а у 2 (3,6 %) снижение (90-80/60-50 мм рт. ст.). У всех больных частота вестибулярных пароксизмов зависела от длительности развития опухоли, при прогрессировании процесса отмечалось нарастание частоты пароксизмов от одного до двух в месяц в течении шести месяцев. Тяжесть пароксизмов усугублялась в период менструаций.

Церебральную и периферическую гемодинамику исследовали методом транскраниальной доплерографии. Было обследовано 55 больных в сравнении с данными контрольной группы (40 здоровых женщин). У исследуемой группы больных были выявлены изменения церебральной гемодинамики в системе внутренних сонных артерий с изменением величины кровенаполнения. Кривая РЭГ приобретала

форму низкоамплитудной синусоиды без дополнительных зубцов. Вершины кривых были резко закруглены. Наблюдалась платообразная и горбовидная форма последних, отмечался быстрый подъем и быстрый спуск кривой; дикротический зубец смещался к вершине РЭГ, что указывает на повышение тонуса в системе внутренних сонных артерий у 44 (80,0 %) больных. У 24 (43,6 %) из них выявлена межполушарная асимметрия, на это указывает коэффициент межполушарной асимметрии, превышающий показатель контрольной группы. У 12 (21,8 %) отмечалось понижение тонуса сосудов в системе каротид, увеличивалась длительность анакроды, дикротический зубец смещался ближе к основанию кривой.

При анализе количественных показателей реовазографии верхних конечностей у больных четко проявлялось как повышение тонуса сосудов – у 32 (58,2 %), так и понижение – у 24 (43,6 %) больных. При этом кровенаполнение периферических сосудов страдало у 12 (21,8 %) больных, определялась асимметрия сторон. Реовазография сосудов нижних конечностей выявила понижение тонуса сосудов у 41 (74,5 %) больной, что выражалось в снижении дикротического индекса, в низко расположенных дополнительных волнах, увеличении амплитуды и появлении венозных волн, указывающих на затруднение венозного оттока. Для выявления латентных вегетатических зон при миоме матки как выражение рефлекторной реакции сегментарных вегетативных аппаратов на очаг ирритации определялась алгическая вегетативная кривая Г.И. Маркелова – Л.Б. Бирбраира. Из 55 больных алгические кривые в виде двустороннего регионарного типа наблюдались у 26 (47,3 %) и двустороннего непрерывного асимметричного – у 12 (21,8 %) больных. Болевые вегетативные зоны чаще отмечались в проекции подчревного и солнечного сплетений, нижней и внутренней бедренной точки. Вместе с тем болевая вегетативная кривая имела направленности и к верхнему уровню – алгические зоны отмечались и в проекции диафрагмального и тройничного нервов, сонной и височной артерий. Однако наибольшее ощущение достигалось в зонах подчревного, солнечного сплетений, точки бедренного нерва, достигая 3-5 баллов.

При выполнении ЭКГ у 5 (9,1 %) больных была зарегистрирована экстрасистолия, у 6 (10,9 %) - атриовентрикулярные блокады, у 12 (21,8 %) - пароксизмальная и у 4 (7,3 %) - не пароксизмальная тахикардия. У 35 (63,6 %) больных с вегетативной дисфункцией - расстройство ритма и автоматизма, неспецифические изменения

сегмента ST и зубца T, укорочение интервала RQ, отрицательный зубец T, avF при значительной амплитуде R в этих отведениях. Эти изменения были более значительны после физической нагрузки.

ЭХО-энцефалография у 35 (63,6 %) больных выявила гидроцефалию с субкомпенсированным гипертензионным синдромом. Обнаружили смещение срединного М-эхо в пределах 2-3 мм, изменения амплитуды сигнала, закругление углов, расщепление вершины. ЭЭГ – обнаружила у них десинхронный α -ритм, перемежающийся пароксизмами Q диапазона, его асимметрию, ухудшение β -ритма.

Заключение. Проведенное нами детальное наблюдение и обследование в динамике больных с миомой матки позволяет отметить, что у большинства из них появляются те или иные нарушения, свидетельствующие о поражении различных уровней нервной системы на различных уровнях. Целостный системный подход к проблеме лечения больных с миомой матки с сопутствующими вегетативными расстройствами требует разработки комплексных лечебно – реабилитационных мероприятий, проводимых гинекологом совместно с невропатологом.

УДК 616.34-008-053.2:612.433'441

Ю.В. Пошехонова

УРОВНИ КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, ДНР*

poshehonova@list.ru

J.V. Poshehonova

THE LEVELS OF CORTISOL IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

Donetsk national medical university named after M. Gorky, Donetsk, DPR

Актуальность. Секреция и моторика желудка находятся под контролем сложной многоуровневой регуляции нейрогуморальной и гормональной систем, однако влияние кортизола в патогенезе функциональной диспепсии (ФД) у детей изучены недостаточно.

Цель работы. Исследование уровней кортизола в крови детей с ФД.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей с ФД в возрасте от 5 до 15 лет и 25 здоровых детей-сверстников (контрольная группа). Уровни кортизола в сыворотке крови определялись методом твердофазного иммуноферментного анализа (набор реактивов «СтероидИФА-кортизол»).

Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

Результаты. Содержание кортизола в крови детей с ФД было снижено ($338,0 \pm 96,0$ нмоль/л, контроль $405,3 \pm 147,2$ нмоль/л, $p < 0,1$). Самые высокие уровни кортизола обнаружены при язвенноподобном варианте ФД ($510,3 \pm 72,2$ нмоль/л, $p < 0,05$), гиперацидности ($579,3 \pm 53,1$ нмоль/л, $p < 0,01$). Сниженное содержание кортизола в сыворотке крови выявлено при дискинетическом ($288,1 \pm 44,5$ нмоль/л, $p < 0,02$) варианте ФД, наличии неизменной слизистой или очаговой гиперемии антрального отдела (соответственно, $363,0 \pm 48,7$ нмоль/л и $338,3 \pm 44,1$ нмоль/л, $p < 0,2$).

Выводы. Таким образом, у детей с ФД отмечено снижение содержания кортизола в сыворотке крови, степень изменения которого зависит от клинического варианта ФД, характера нарушения желудочной секреции и выраженности патологических изменений слизистой оболочки желудка на ФЭГДС. Следовательно, изменение содержания кортизола является важным звеном патогенеза функциональной диспепсии у детей.

УДК 618.1:616.523-055.26

Л.Н. Провизион, Т.И. Шварёва

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС И БЕРЕМЕННОСТЬ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

sempera@mail.ru

L.N. Provision, T.I. Shvareva

HERPES PROGENITALIS AND PREGNANCY

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Многочисленными исследованиями доказано, что вирусами простого герпеса (ВПГ) инфицировано 65-90% взрослого и детского населения планеты. По данным ВОЗ, смертность, обусловленная ВПГ, занимает 2-е место после гриппа; заболеваемость генитальным герпесом (ГГ) - 3-е место среди болезней, передающихся половым путем, уступая лишь гонорее и негонококковым уретритам. Внутриутробная герпетическая инфекция – неуправляемая причина перинатальной смертности, заболеваемости и ранней детской инвалидности (детского церебрального паралича, эпилепсии, слепоты, глухоты и др.). В 70% случаев дети с неонатальным герпесом рождаются от матерей с атипичными или бессимптомными формами инфекции. Частота бессимптомного носительства ВПГ-2 составляет в различных популяциях от 0,5 до 8,0 %.

Цель работы. Показать патологическое влияние герпес-вирусной инфекции (ГВИ) на течение и исход беременности.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время известно 8 антигенных серотипов ВПГ: 1-го и 2-го типа, ветряной оспы, опоясывающего герпеса, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр, ВПГ 6-го, 7-го и 8-го типов. Они способны поражать практически все органы и системы организма человека, вызывая латентную, острую и хроническую формы инфекции. Так, в США ежегодно регистрируют 6-10 млн. случаев ГГ, из которых примерно $\frac{3}{4}$ имеют тенденцию к латентному или рецидивирующему течению. При таких формах ГВИ, диагностируемых вирусологически у 1,0-1,5% беременных женщин интранатально инфицируется 0,003-0,05% всех живорождённых детей.

Вирусы герпеса передаются различными путями, но наибольшее значение имеет половой путь инфицирования. Различают следующие пути проникновения ВПГ в эмбрион и плод: 1) восходящий или трансцервикальный, когда герпесвирусы из наружных половых органов или цервикального канала проникают через плодные оболочки в амниотическую жидкость вследствие снижения защитных функций цервикальной слизи или в связи с медицинскими манипуляциями; 2) гематогенный, или трансплацентарный, когда ВПГ-1 и ВПГ-2 попадают в плод через плаценту и пупочную вену; 3) трансовариальный, при котором вирусы попадают из брюшной полости по маточным трубам.

Восходящий путь инфицирования (из шейки матки) сопровождается размножением и накоплением возбудителя в околоплодных водах и имеет клинические проявления в виде многоводия, невынашивания беременности, задержки внутриутробного развития, отёчного синдрома и пр. Но поражение плода чаще имеет менее тяжёлый характер, чем при трансплацентарной передаче инфекции. Показано, что среди беременных женщин, серопозитивных к ВПГ-2, частота угрозы прерывания беременности в 5 раз выше, а многоводие – в 10 раз чаще по сравнению с показателями в группе серонегативных женщин. Невынашивание беременности (ранние и поздние выкидыши, неразвившаяся беременность) отмечается у 29% беременных, серопозитивных к ВПГ-2. Среди осложнений родового акта установлен высокий процент несвоевременного излития околоплодных вод. Наряду с этим возможно постнатальное инфицирование детей при наличии герпетических проявлений на коже, причём не только у матери, но

и у других родных или медперсонала. Именно по этой причине лица с герпетическими высыпаниями должны отстраняться от обслуживания беременных, рожениц и новорождённых детей до разрешения у них пузырьковых элементов, а дети с ВПГ должны быть изолированы от других детей. Поражения плаценты и плода могут возникать в любом сроке беременности и приводить к формированию врожденных пороков развития, антенатальной гибели плода, выкидышу и преждевременным родам в связи с тяжелыми морфологическими изменениями всех трех оболочек плаценты, а также сосудов пуповины. Установлено, что инфицирование в 1-ом триместре беременности приводит к развитию у плода макро-, гидроцефалии, пороков сердца, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, скелета, катаракты, глухоты. Инфицирование во 2-ом и 3-м триместрах вызывает у плода гепатоспленомегалию, анемию, желтуху, гипотрофию, пневмонию, менинго-энцефалит, сепсис, что может быть причиной антенатальной гибели.

Заключение. Таким образом, герпес-вирусная инфекция является одной из важных причин патологического течения беременности в результате срыва нормальных иммунологических взаимоотношений в системе «мать-плацента-плод», а также фатального исхода.

УДК 616.516-055.26:613.2

В.Г. Радионов, О.С. Гусак, В.В. Макагонова
РОЛЬ НУТРИЕНТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО
ПОТОМСТВА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
sempera@mail.ru

V.G. Radionov, O.S. Gusak, V.V. Makagonova
ROLE OF NUTRIENTS FOR FORMATION HEALTHY PROGENY
SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Атопический дерматит (АД) – одно из самых распространенных (от 10 до 30%) аллергических заболеваний детского возраста, имеющее наследственную предрасположенность.

Цель работы. Показать необходимость проведения мероприятий по профилактике АД, еще до рождения ребенка, в антенатальном периоде у матерей с предрасположенностью к аллергии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 26 беременных женщин, с момента взятия их на учет по беременности и посещавших «Школу молодых родителей».

Результаты и обсуждение. Все беременные находились под нашим наблюдением в дородовом и послеродовом периодах. У двух (7,7%) новорождённых, находящихся на искусственном вскармливании, в возрасте от 1,5 до 2-х месяцев и трех новорождённых (11,5%), находящихся на грудном вскармливании, в возрасте до 3-х месячного возраста отмечались проявления АД в виде детской экземы. Остальные 21(80,8%) ребенка получали грудное молоко, мамы которых придерживались диеты согласно нашим рекомендациям, даже после первого прикорма, проявлений АД не отмечалось.

Заключение. Соблюдение беременными рекомендаций по нутрициологии, способно существенно снизить риск развития АД, даже у малышей с генетической предрасположенностью к данному заболеванию.

УДК 616.516-092

В.Г. Радионов, О.С. Гусак, Е.М. Хайминов, Ю.В. Жиливостова
**РЯД ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЕВ АТОПИЧЕСКОГО
 ДЕРМАТИТА**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
sempera@mail.ru

V.G. Radionov, O.S. Gusak, Ye.M.Khaiminov, Yu.V.Zhilivostova
SOME PATHOGENETIC COMPONENTS OF ATOPIC DERMATITIS
 SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Атопический дерматит (АД) является самым распространенным аллергическим заболеванием детского возраста. В общей структуре аллергических заболеваний доля АД составляет более 70%.

Целью исследования явилось изучение ряда патогенетических факторов возникновения АД в условиях региона Донбасса.

Материал и методы. Ведущая роль в развитии АД принадлежит наследственному фактору, нарушениям в центральной нервной системе, процессам сенсибилизации как экзогенными, так и эндогенными аллергенами, нарушениям в иммунной системе и др. Нами изучены показатели системы гипофиз – щитовидная железа – кора надпочечников при АД, которые свидетельствуют о повышении содержания в сыворотке крови АКТГ, Т-3, Т-4, альдостерона, а также о достоверном снижении ТТГ и кортизола. Кроме этого нами установлено, что у 30% детей с АД обнаруживается

обсеменение *Helicobacter pylori* слизистой оболочки желудка, что может служить причиной обострения АД. Проведенные нами ко-прологические исследования условно-патогенной и патогенной микрофлоры свидетельствуют о том, что у 79% детей, болеющих АД, выявлен дисбактериоз кишечника.

Заключение. Лечение детей страдающих АД должно быть комплексным, с учетом всех звеньев патогенеза данной патологии.

УДК 618.39-084:616.441-008.6

В.В. Симрок, Е.В. Гордиенко, Е.Ю. Брикман, О.В. Гусаковская
ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ
ГИПОТИРЕОЗЕ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
kafag@yandex.ua

V.V. Simrok, H.V. Gordienko, H.Yu. Brikman, O.V. Husakivska
THE EXPERIENCE OF THE PREVENTION OF REPRODUCTIVE
LOSS IN HYPOTHYROIDISM

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Патология щитовидной железы — самое распространенное эндокринное заболевание и у женщин встречается в 10 – 17 раз чаще, чем у мужчин и манифестирует в молодом возрасте. Гипотиреоз — симптомокомплекс, возникающий при значительном ограничении поступления в организм тиреоидных гормонов щитовидной железы. Дефицит тиреоидных гормонов в антенатальный период приводит к развитию кретинизма.

Цель работы: Провести анализ течения беременности, родов и осложнений при гипотериозе с целью профилактики репродуктивных потерь.

Материалы и методы. В течение 15 лет (2002-2017 гг.) в городском перинатальном центре г. Луганска проведены и проанализированы исходы 19 беременностей и родов при наличии гипотериоза. Средний возраст беременных с гипотериозом составил $31 \pm 3,4$ года. Настоящая беременность у 10 (52,6%) из них была первой. У остальных 9 (47,4%) в анамнезе отмечались перинатальные потери в связи с невынашиванием беременности, самопроизвольными абортами. Семейный анамнез отягощен патологией щитовидной железы у 5 (26,3%), анемией невыясненной этиологии у 3 (15,8%). На долю первичного гипотиреоза пришлось подавляющее большинство

случаев: 17 из 19 (89,5%). Вторичный или третичный гипотиреоз были гипофизарного/гипоталамического генеза – 2 случая (10,5%) соответственно. На течение беременности, исход родов существенное влияние оказывала степень тяжести гипотиреоза. У женщин с субклиническим гипотиреозом, в анамнезе имело место первичное бесплодие в течение $5 \pm 1,5$ лет, но после терапии L-тироксина беременность наступила быстро, через $8 \pm 1,8$ месяца. Частота выкидышей в анамнезе у этой группы пациенток составила 4, причем в половине случаев имела место замершая в ранние сроки беременность. Манифестный гипотиреоз дифференцировали, как компенсированный медикаментозно (ТТГ в пределах нормы); и как декомпенсированный. И только в одном случае имел место тяжелый гипотиреоз (осложненный).

Результаты и обсуждения. По нашим данным у трети пациенток 6 (31,6%) гипотиреоз развивался как результат аутоиммунного тиреоидита, проявлялся триадой признаков: снижение концентрации Т4, диффузными изменениями структуры щитовидной железы на УЗИ и повышением титров антител к щитовидной железе. У всех шести пациенток беременность осложнилась угрозой самопроизвольного выкидыша в сроке до 22 недель. Из 19 женщин с гипофункцией щитовидной железы беременность осложнилась ранним гестозом у 8 (42%), сочетанным поздним гестозом у 7 (36,8%), дистрессом плода при беременности у 5 (26,3%), задержкой внутриутробного развития плода у 8 (42%). Вся вышеперечисленная патология требовала длительной и неоднократной госпитализации в отделение патологии беременных. Коррекция гипотиреоза проводилась L-тироксинами. Это позволило поддерживать стойкий эутиреоз при его приеме 1 раз в день и контроле уровня Т4 каждые 8–10 недель.

При анализе осложнений родов установлено: частота преждевременных родов в 5 раз выше общепопуляционного и составила 5 случаев (26,3%), дискоординация родовой деятельности составила 7 случаев (36,8%). У новорожденных от матерей с гипотиреозом развитие перинатального поражения ЦНС наблюдалось у каждого второго новорожденного, анемия имела место у 3 (15,8%) новорожденных, у двух новорожденных (10,5%) определены функциональные нарушения эндокринной системы – врожденный гипотиреоз.

Заключение. В группу риска по развитию гипотиреоза следу-

ет отнести женщин, у которых: в семейном анамнезе заболевания щитовидной железы, анемия; сахарный диабет; нарушения функции щитовидной железы в прошлом с оперативным лечением или терапией радиоактивным йодом-131. При гипотиреозе любой этиологии показана заместительная терапия L-тироксином, под контролем уровня ТТГ. При беременности потребность в тиреоидных гормонах возрастает на 50%, поэтому дозу L-тироксина следует увеличить на 50 мкг/сут. сразу, как только диагностирована беременность, в случае компенсированного гипотиреоза. Наиболее частыми осложнениями у новорожденных в раннем неонатальном периоде наблюдаются: функциональные нарушения эндокринной системы, перинатальное поражение ЦНС.

УДК 618.3-005.1-08-039.35

В.В. Симрок, Е.В. Гордиенко, О.А. Валиев,

Т.П. Жмурко, Е.Н. Краснополяская

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ В
АКУШЕРСТВЕ: КОНТРОЛЬ ЗА РЕАНИМАЦИЕЙ**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

kafag@yandex.ua

V.V. Simrok, H.V. Gordienko, O.A. Valiev,

T.P. Jmurko, H.N. Krasnopolaska

**INTENSIVE THERAPY OF MASSIVE BLOOD LOSS IN
OBSTETRICS: MONITORING INTENSIVE CARE**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Одной из причин материнских и перинатальных потерь в мире по-прежнему являются акушерские кровотечения. Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8% по отношению к общему числу родов. В развитых странах кровотечения во время беременности перестали быть одной из основных причин материнской смертности, однако остаются проблемой в медицинской эвакуации пациенток, консервативной и оперативной терапии и реабилитации беременных, рожениц и родильниц. Массивность и внезапность, быстрое истощение компенсаторно-защитных механизмов у пациенток с осложненным течением беременности, порой необходимость срочного/досрочного родоразрешения на фоне страдания плода, развитие гиповолемического шока, полиорганной дисфункции/недостаточности, диссемини-

рованного внутрисосудистого свертывания – далеко не полный перечень проблем, сопровождающих акушерские кровотечения.

Цель работы: Проанализировав частоту и причины акушерских кровотечений по городскому перинатальному центру г. Луганска за период 1996-2016 гг, определить пути улучшения качества оказания медицинской помощи при акушерской кровопотере, согласно современным принципам, основанным на принципах доказательной медицины.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ основных качественных показателей работы родовспомогательного учреждения, с количеством родов в год от 3200 (1980 г.), к 4200 (1985 г.), к 1100 (2016 г.). Изучены: динамика частоты кровотечений при беременности, в родах и послеродовом периоде, основные причины кровотечений (по десятилетиям) и основные подходы к оперативному и консервативному методам лечения массивных акушерских кровотечений. Основное внимание уделено анализу современных принципов организации акушерской и реанимационной помощи в свете новых достижений и подходов.

Результаты и обсуждение. В городском перинатальном центре г. Луганска, учреждении II уровня аккредитации, получают высококвалифицированную и специализированную медпомощь жительницы двух районов г. Луганска и все беременные города с экстрагенитальной патологией. За 40 лет произошли существенные изменения в количестве проводимых в год родов: от 4200 в 1985 г. до 1100 в 2016 г. При этом, количество кровотечений в течение первых 20 лет оставалось стабильным, и составляло 1,7-1,8% среди всех родов. Ежегодно на долю кровотечений при беременности по причине предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты приходилось половина всех случаев акушерских кровотечений. В 80-е и начало 90-х годов соотношение предлежание:отслойка составляло 4:1. Преобладали атрофически-дистрофические изменения в эндометрии матки, в связи с большим количеством аборт, родов, в связи с наличием хронических воспалительных заболеваний. Частота массивных кровопотерь составляла до 30%. В начале 2000-х, на фоне снижения общего количества родов до 2000 в год, уменьшилась и частота акушерских кровотечений до 1,25% от общего числа родов, на долю кровотечений при беременности пришлось 50% всех кровотечений. Приблизительно сравнялись по количеству предлежания и отслойки плаценты (1:1). Анализ причин кровотечений во втором

десятилетия 21 века показал еще большее снижение общей частоты акушерской кровопотери до 0,86% в 2015 гт.. На долю кровотечений при беременности приходится 35-40%, причем соотношение предлежание плаценты:отслойка плаценты в 2015 г. составила 1:6. При анализе массивных акушерских кровотечений (классически – кровотечение превышающее 30% ОЦК, 1500,0 мл и более, но статистически – более 1000,0 мл) установлено: возникают в последовом и раннем послеродовом периодах с частотой до 10% от всех кровотечений и по причинам гипотонии и атонии матки, различных степеней вращения плаценты. В половине случаев при массивной кровопотере применяются хирургические методы лечения, причем частота органосохраняющих методик хирургического лечения акушерской кровопотери выросла за последние три года вдвое. Прогрессивным принципом, внедренным в лечение акушерской кровопотери в последние 2 года, является «контроль за реанимацией». Он включает: быструю диагностику массивной кровопотери и коагулопатии; определение клинического состояния пациентки; быстрая остановка кровотечения хирургическим путем, с применением органосохраняющих методик; предотвращение гипотермии, ацидоза и гипокальциемии; предотвращение гемодилюции за счет ограничения введения плазмозаменителей; при массивной кровопотере раннее (в первые 2 часа) применение протокола «массивной трансфузии» – эритроциты:плазма:тромбоциты:кроипреципитат в соотношении 1:1:1:1; при коагулопатии использование факторов свертывания крови и концентрата протромбинового комплекса; избегать гиперволемии кристаллоидами. Обязательным является применение принципа «контроля за коагуляцией». Консервативный гемостаз включает: утеротоники, антифибринолитики и компоненты крови.

Заключение. Частота акушерских кровотечений за последние 40 лет в родовспомогательных учреждениях г. Луганска снизилась в 1,9 раза. На долю массивных акушерских кровотечений приходится 10% кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. При массивной кровопотере применяются методы консервативного и хирургического лечения. Применение органосохраняющих методик в последние 3 годы увеличилось вдвое. В практику родовспоможения введены принципы «контроля за реанимацией», «контроля за коагуляцией».

УДК 616-071:618-019

В.В.Симрок, И.А. Попова, Н.И.Симрок
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
partus7@yandex.ru

V. V. Simrok, I. A. Popova, N. I. Simrok
DIAGNOSTIC FEATURES OF ACUTE GYNECOLOGICAL
DISEASES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
OF REPRODUCTIVE AGE

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Наибольшую сложность в диагностическом плане среди больных с подозрением на «острый живот» представляют женщины репродуктивного возраста, ввиду необходимости дополнительного исключения острой гинекологической патологии, часто встречающейся у этой категории больных [М. Шайн, 2003, Г.И. Синенченко и др., 2009, Е.И. Новиков и др., 2013, А.А.Ольшанецкий и др., 2017]. Имеющиеся лечебно-диагностические подходы, а при некоторых заболеваниях и стандарты при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости и малого таза у женщин репродуктивного возраста требует постоянного изучения и усовершенствования, так как постоянно меняются не только стандарты оказания помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, но прослеживается и низкая эффективность нозологической диагностики на этапе приемного отделения [Р.И. Миннуллин, 2016].

Цель работы: установить особенности диагностических алгоритмов при дифференцированном подходе в постановке диагноза у женщин репродуктивного возраста с острыми гинекологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Объектом исследования явились женщины репродуктивного возраста, госпитализированные в гинекологический и хирургический стационары как в ургентном, так и плановом порядке. Нами было изучено 157 случаев течения абдоминального синдрома у женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Из них женщины в возрасте от 18 до 25 лет составили – 18%, от 26 до 34 лет – 57%, от 35 до 45 лет – 25%. Всем пациенткам при поступлении производилось обследование по методике, принятой в кли-

нике; выполнялся клинико-лабораторный и инструментальный стандарт диагностики больных с клиникой «острого живота». В каждом случае мы изучили основные жалобы женщин, акушерско-гинекологический анамнез, данные клинико-лабораторных методов исследования, в том числе бактериоскопии и цитологии. Проанализировали заключения консультации смежных специалистов, данные инструментальных методов обследования.

Результаты и обсуждение. На основании жалоб пациенток, объективного осмотра, клинико-лабораторного исследования, трансвагинального ультразвукового исследования мы пришли к выводу, что наиболее часто клинику острого живота у женщин репродуктивного возраста вызывают воспалительные заболевания органов малого таза (114-72,6%), острый аппендицит (11-7,1%), трубная беременность (5-3,2%), перекрут ножки опухоли (4-2,5%), другая абдоминальная хирургическая патология (23-14,6%).

Несмотря на наличие в клиниках аппаратуры лучевой диагностики, и возможности срочного клинико-лабораторного исследования крови и мочи, самым важным этапом в диагностическом алгоритме по-прежнему является сбор и анализ анамнеза заболевания, оценка общего состояния пациентки, установление системно-симптомной взаимосвязи абдоминальной боли и конечно непосредственно осмотр. В общем алгоритме физикального обследования крайне необходимо проводить как влагалищное, так и ректальное исследование. И в дополнение к проведенному этапу диагностики мы выполняли клинический анализ крови, мочи, микроскопию нативного материала из цервикального канала и влагалища, а также трансвагинальное ультразвуковое исследование, при необходимости с цветным доплеровским картированием.

Такой подход к диагностике причины острого живота позволил не только в 2 раза сократить время пребывания пациентки в приемном отделении, но и поставить правильный диагноз, а также избежать не нужных оперативных вмешательств.

Заключение. Проведенное исследование показало, что при обследовании пациенток с абдоминальным синдромом необходимо четко соблюдать диагностический алгоритм обследования от опроса до лучевой диагностики, что повышает точность постановки диагноза и ускоряет момент начала оказания квалифицированной помощи.

УДК 614.4:618.3-06

**В.В.Симрок, В.Ю. Собина, Д.А.Докашенко, Н.В. Качур,
Е.В. Андреенкова, Д.В. Симрок-Старчева**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОПАСНОСТИ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН ЛУГАНСКОГО РЕГИОНА**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

*Государственная служба «Луганская республиканская
санитарно-эпидемиологическая станция», Луганск, ЛНР*

partus7@yandex.ru

**V.V. Simrok, V.Yu. Sobina, D. A. Dokashenko, N. V. Kachur,
E. V. Andreenkova, D. V. Simrok-Starcheva**

**EPIDEMIOLOGICAL RISK ASSESSMENT OF ACUTE
RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS FOR PREGNANT WOMEN
IN LUHANSK REGION**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

*Service establishment of "Luhansk Republic sanitary-epidemiological
station", Lugansk, LPR*

Актуальность. По данным ВОЗ, более 25% больных ежедневно обращаются к врачу по поводу заболеваний дыхательных путей, среди которых самыми распространенными являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп. Так, во время ежегодных эпидемий одним только гриппом переболевает около 10% населения земного шара, во время пандемий число больных возрастает в 4–5 раз. Чрезвычайно широкая распространенность ОРВИ, их потенциальная опасность в плане развития тяжелых и осложненных форм болезни, присоединение вторичных острых и хронических бактериальных инфекций дыхательных путей, вероятность летального исхода при тяжелом течении - все это предопределяет поиск и разработку современных эффективных схем лечения ОРВИ и профилактики осложнений в различных популяционных группах населения. Учитывая статистические данные, согласно которым, в мире в год становятся беременными 210 млн. женщин, обозначенная выше проблема заболеваемости ОРВИ становится особенно актуальной, так как в таких условиях страдает не только беременная, но и плод, возникает риск не только для здоровья будущей мамы, но и для будущего потомства.

Цель работы: оценить эпидемиологическую опасность ОРВИ для беременных Луганского региона.

Материалы и методы. Нами для оценки эпидемиологической опасности ОРВИ использованы данные Государственной службы «Луганская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция», приведенные в отчете: «Анализ эколого-гигиенической, санитарной и эпидемиологической ситуации в ЛНР» за 2016 год, а также материалы деятельности Луганского перинатального центра.

Результаты и обсуждение. По данным многолетних наблюдений на территории ЛНР в 21 веке эпидемические всплески ОРВИ происходят с интенсивностью в 2 и 4 года. До 2007 года показатели интенсивности не превышали 2000 случаев на 10 тысяч населения. С 2007 года по 2011 год интенсивность вовлечения населения в эпидемии ОРВИ и гриппа возросла до 2234,9 случаев на 10 тысяч населения. Этому способствовала циркуляция нового штамма вируса гриппа типа A(H1N1) pdm09, который был назван пандемическим в апреле-мае 2009 года. По данным ежегодных отчетов Государственной службы «Луганской республиканской санитарно-эпидемиологической станции» Министерства здравоохранения ЛНР за последние три года в ЛНР частота зарегистрированных случаев острых инфекций верхних дыхательных путей множественных или неуточненных локализаций составила:

- в 2014 г. 184349 случаев, из них 125996 детей и 58353 взрослых;
- в 2015 г. 164326 случаев, из них 128159 детей и 36167 взрослых;
- в 2016г. 231107 случаев, из них 172770 детей и 58337 взрослых.

К сожалению, полностью учесть частоту встречаемости ОРВИ невозможно, т.к. большинство людей переносит заболевание «на ногах».

ОРВИ не обходят стороной и беременных. Согласно статистическим данным, среди беременных и родильниц, обратившихся за помощью в ГУ «Луганский перинатальный центр» ЛНР за последние три года диагностировано:

- в 2014г. – 27 случаев ОРВИ на 1082 обратившихся; (2,5%)
- в 2015г. – 26 случаев ОРВИ на 861 обратившихся; (3%)
- в 2016 – 23 случаев ОРВИ на 961 обратившихся.(2,4%)

Несмотря на огромное количество противовирусных средств и иммуностимуляторов, из года в год количество переболевших ОРВИ остается на стабильно высоком уровне. На состояние коллективного иммунитета влияет иммунизация населения против гриппа. Эффективность вакцинации высокая, заболевших гриппом среди иммунизированных лиц не зарегистрировано, заболеваемость ОРВИ составила не более 7,1%.

Заключение. Эпидемиологическая ситуация по гриппу и ОРВИ остается управляемой. Этому способствуют своевременная иммунизация и широкая разъяснительная работа каждый сезон. Однако, для беременных, у которых имеется физиологический иммунодефицит, эти мероприятия приобретают особую актуальность, снижают эпидемиологическую опасность при полноте и своевременности их проведения.

УДК 615.273:616.24-022-036.11-08-053.2

Т. А. Сиротченко, Г. Г. Бондаренко, О. А. Бугаенко
АМИНОКАПРОНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
kseniabugaenko@mail.ru

T. A. Sirotchenko, G. G. Bondarenko, O. A. Bugayenko
AMINOCAPROIC ACID IN THE TREATMENT OF ACUTE
RESPIRATORY VIRAL DISEASES IN CHILDREN

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Заболеваемость острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ) среди детей всех возрастных групп остается достаточно высокой, особенно в осенне-зимний период. ОРВИ характеризуются общей интоксикацией, преимущественным поражением слизистых оболочек различных отделов дыхательного тракта и присоединением бактериальных осложнений. К сожалению, в мире не существует препаратов для лечения ОРВИ, эффективность которых была бы доказана. Современный подход в лечении ОРВИ не рассматривает применения противовирусных препаратов, иммуномодуляторов, различных средств от кашля и насморка – того, к чему мы так привыкли. В тоже время современная фармацевтическая отрасль продолжает выпускать новые лекарственные средства, улучшая формулу медикаментов. Однако вместе с прогрессом в области создания лекарств, растет и цена на них.

АКК обладает противомикробным действием, укрепляет стенки сосудов и тонких капилляров, снимает отеки и купирует иммунопатологический процесс. Действие медикамента основывается на блокировке потоков крови к воспаленным органам. За счет этого воспаление попадает в замкнутый круг и не может распространиться на соседние органы и ткани.

Еще одним интересным свойством аминокaproновой кислоты является ее способность связываться с клетками и защищать их от негативного воздействия вирусных агентов. Она не позволяет вирусу взаимодействовать с клеткой и поэтому инфекционный агент не может создать специфический белок, обеспечивающий его активность. Таким образом, достигается противовирусный эффект.

Цель работы: Учитывая все особенности АКК, изучить ее эффективность в лечении детей болеющих ОРВИ.

Материалы и методы. Группой нашего исследования стали 63 ребенка в возрасте от года до 5 лет, находящихся на лечении по поводу ОРВИ. Все дети были разделены на две группы. I группу составили 25 детей, получавших аминокaproновую кислоту в виде ингаляций через небулайзер. Во II группу вошли 38 детей, в терапии которых были противовирусные препараты. Комплекс исследований включал анализ анамнестических данных, ежедневная оценка состояния больных, результаты стандартных лабораторных обследований. Полученные результаты обрабатывали классическими математическими методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Для одной процедуры брали не более 2 мл 5% раствора АКК, предварительно разведенную физиологическим раствором (1:1). Лекарство приобреталось как в стеклянном флаконе, так и в отдельных небулах – контейнерах, содержащих единоразовую дозу препарата. Ингаляцию проводили перед едой. В процессе процедуры заставляли ребенка делать глубокие вдохи. Кратность ингаляции 2 раза в день на протяжении 3-4 дней. Длительность ингаляции начинали с 1 минуты, каждый раз увеличивая время процедуры, доведя до 3 минут. После каждой процедуры обязательно дезинфицировали маску и стаканчик, а затем промывали их в кипяченой воде.

Положительный терапевтический эффект наблюдался уже после проведения первой ингаляции. Полностью исчезла заложенность носового дыхания на 2-е сутки от начала лечения у всех детей I группы (100%), в то время как у детей II группы нарушение проходимости носового дыхания сохранялось в течение 5 дней у 26 детей (68,4%), а у остальных 12 детей (31,6%) данный симптом купировался только на 7-9 сутки стандартной противовирусной терапии. Уменьшение избыточного образования слизи отмечалось у 21 ребенка I группы (84,0%) в течение суток от начала проведения ингаляционной терапии, а у 4 детей (16%) – на 2-3 сутки. Обильные выделения из носовых ходов у всех детей II группы сохранялись на протяжении 6-8 дней. Изменение

характера назального секрета в виде разжижения густоты регистрировалось у 25 детей (100%) I группы на 2-4 сутки. Положительное влияние АКК на слизистые оболочки носа предупредило развитие осложнений. У детей II группы слизистые оболочки носа более 5 дней выделяли густой секрет, что закончилось осложнением со стороны ЛОР-органов: отит – 8 детей (21,1%), гайморит – 4 ребенка (10,5%).

Особенно эффективным оказалось воздействие АКК на характер и продолжительность кашля. Сухой кашель у детей I группы в течение 1-2 дней трансформировался в продуктивный и исчез на 5-6 сутки от начала терапии. В отличие от детей II группы, у которых кашель хотя и стал влажным на 2-4 сутки от начала лечения, продолжительность его сохранялась от 8 до 12 дней.

У данного вида лечения мы не наблюдали побочных эффектов.

Заключение. АКК с успехом может применяться для лечения ОРВИ в стационарных и амбулаторных условиях.

УДК 616 – 053.2 (477.61)

В.В. Соннов, Т.А. Сиротченко, М.Ю. Сульженко
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ЛУГАНСКОЙ
НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
mr.svv1957@mail.ru

V.V. Sonnov, T.A. Sirotchenko, M. Yu. Sulzhenko
CURRENT ISSUES OF CHILDREN'S HEALTH IN LUGANSK
PEOPLE'S REPUBLIC

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В 2015-2016 годах в условиях непрекращающихся военных действий локального военного конфликта произошли изменения в состоянии здоровья детей молодой Луганской Народной Республики. Эти изменения нашли свое отражение в уровне заболеваемости детей, младенческой смертности и детской смертности.

Цель исследования: выявить резервы по улучшению показателей здоровья детей в Луганской Народной Республике и определить пути их реализации.

Материалы и методы исследования. Для исследования были использованы материалы статистических отчетов Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики, которые разработаны на основании общепринятых методов статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. По данным Государственного комитета статистики Луганской Народной Республики в 2016 году отмечается снижение численности детского населения по сравнению с 2015 годом во всех возрастных группах детей: в группе от 0 до 17 лет – на 1,5%; в группе от 0 до 14 лет – на 1,3%; в группе подростков от 15 до 17 лет – на 6,9% и в группе детей первого года жизни – на 33,2%.

В 2016 году распространённость заболеваний среди детей 0 - 17 лет выросла на 29,3% и составила 1513,8 ‰ против 1170,9‰ в 2015 году. Первичная заболеваемость также выросла на 38,8% и составила 1266,4‰ против 912,3‰ в 2015 году. В структуре первичной заболеваемости первое место занимали болезни органов дыхания, удельный вес которых снизился незначительно с 71,7% в 2015 году до 71,2% в 2016 году. Показатель заболеваемости детей по этому классу болезней вырос в 1,5 раза и составил 901,3‰ против 654,3‰ в 2015 году. На втором месте в структуре первичной заболеваемости детей – болезни кожи и подкожной клетчатки, которые составили в 2016 году среди всех заболеваний 5,2% против 4,8% в 2015 году. Показатель заболеваемости по этому классу болезней также вырос в 1,5 раза с 43,9 ‰ в 2015 году до 65,9‰ в 2016 году. На третьем месте в структуре первичной заболеваемости – инфекционно - паразитарные болезни с удельным весом 4,4% в 2016 году против 3,4% в 2015 году. Показатель заболеваемости по этому классу болезней вырос в 1,8 раза с 31,4‰ в 2015 году до 56,3‰ в 2016 году. Уровень заболеваемости по классу травм и отравлений, занимающих четвертое место в структуре первичной заболеваемости, вырос в 1,4 раза и составил 49,9‰ в 2016 году против 34,7‰ в 2015 году. Удельный вес этих состояний в структуре заболеваемости составил в 2016 году 3,9% против 3,8% в 2015 году.

Возрастной анализ заболеваемости также имел свои особенности. Показатель заболеваемости детей первого года жизни в 2016 году вырос на 33,2% и составил 1774,3‰ при аналогичном показателе в 2015 году – 1332,2‰. Ведущие ранговые места при этом заняли болезни органов дыхания, уровень которых вырос в 1,3 раза; болезни кожи и подкожной клетчатки, уровень которых вырос в 2,1 раза; отдельные состояния перинатального периода и болезни органов пищеварения, уровень которых вырос в 1,2 раза.

Распространённость заболеваний среди подростков в 2016 году выросла на 21,3% и составила 1574,4‰ в 2016 году против 1298,3‰

в 2015 году. Первичная заболеваемость детей подросткового возраста выросла на 43,3% – с 714,0‰ в 2015 году до 1023,0‰ в 2016 году. Рост в 1,5 раза их заболеваемости обусловлен патологией органов дыхания, травмами и отравлениями. При этом, в 2016 году удельный вес детей диспансерной группы в возрастной группе 0-14 лет составил 18,2%, а в подростковой группе – 41,8%.

Младенческая смертность – важнейший интегральный показатель, который характеризует социально - экономическую обеспеченность общества, доступность и эффективность оказания медицинской помощи. Уровень младенческой смертности в 2016 году вырос на 29%.

Уровень неонатальной смертности в 2015 - 2016 годах стабилизировался. Уровень ранней неонатальной смертности вырос в 1,1 раза. Постнеонатальная смертность увеличилась на 4% (табл.2). Таким образом, в 2016 году опережающими темпами рос показатель ранней неонатальной смертности.

В 2015-2016 годах в Луганской Народной Республике преобладали эндогенные причины смертности детей первого года жизни, при этом удельный вес их в структуре младенческой смертности увеличился с 72,4 % в 2015 году до 75,0% в 2016 году. Вместе с тем, удельный вес причин экзогенного генеза рос опережающими темпами: болезней органов дыхания – в 3,6 раза, инфекционных и паразитарных болезней – в 1,5 раза. В структуре смертности детей первого года жизни болезни и патологические состояния перинатального периода заняли первое место. Основными причинами перинатальных потерь стали перинатальные инфекции, геморрагические и гемолитические нарушения, врожденная пневмония и нарушения, связанные со сроком беременности и размером плода. С целью предупреждения случаев заболеваний, связанных с перинатальными причинами, в Луганской Народной Республике внедрялись следующие мероприятия: 100% охват беременных диспансерным наблюдением, подготовка врачей педиатров - неонатологов, акушеров - гинекологов и врачей анестезиологов методам первичной реанимации новорожденных, своевременная консультация новорожденных республиканскими специалистами в городах и районах, качественная транспортировка их в перинатальные центры республиканского центра в соответствии с международными правилами и транспортным протоколом.

Второе место среди причин младенческой смертности заняли врожденные аномалии. Интенсивный показатель смертности от

этих причин составил в 2016 году 41,7 на 10000 детей, при аналогичном показателе в 2015 году – 24,4/10000. В структуре причин смертности от этих причин ведущее место заняли некорректируемые на современном этапе множественные врожденные пороки, врожденные пороки сердца и аномалии органов пищеварения. Резервом для снижения заболеваемости и смертности от врожденных аномалий, на наш взгляд, является модернизация парка аппаратуры для ультразвуковой диагностики с целью своевременной элиминации плода с некорректируемой патологией, внедрение современных методик пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний, повышение квалификации врачей пренатальной диагностики, качественная работа женских консультаций по вопросам планирования семьи. Своевременная диагностика и хирургическая коррекция врожденных пороков сердца, аномалий желудочно - кишечного тракта в специализированных центрах также позволит решить проблему качественного лечения этих детей, обеспечить удовлетворительный прогноз дальнейшей их жизни.

Третье место среди причин младенческой смертности занял синдром внезапной смерти. Известно, что основными предрасполагающими факторами, которые обуславливают несчастные случаи смерти, является недостаточная работа с семьями группы риска, отсутствие координации работы с органами внутренних дел и социальной защиты.

С четвертого по шестое место в структуре причин младенческой смертности в Луганской Народной Республике заняли инфекционные, паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и кровообращения. Случаи смерти детей от инфекционных заболеваний, в том числе от пневмонии, являются предотвратимыми и требуют неукоснительного соблюдения соответствующих протоколов их лечения. Внедрение аудита с целью контроля за качеством оказания медицинской помощи детям первого года жизни, госпитализация их по назначению в специализированные республиканские центры позволит реализовать потенциальные резервы по снижению заболеваемости и младенческой смертности от инфекционных, паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания.

Показатель смертности детей от 0 до 18 лет в 2016 году вырос на 14,8% и составил 0,62‰ против 0,54‰ в 2015 году. В возрастной структуре детской смертности вырос удельный вес умерших детей в возрасте от 7 до 14 лет с 14,2% до 15,6%; в возрастной группе 15-17 лет – с 8,3% до 8,9% и в группе от 1 до 2-х лет – с 4,2% до 4,4%.

В структуре причин детской смертности в 2016 году первое место заняли перинатальные причины. В данном классе ведущими причинами смерти являются внутриутробная инфекция – 41,2% и геморрагические, а также гемолитические нарушения – 32,4%. Показатель смертности от врожденных аномалий в 2016 году вырос и составил 1,5 на 10000 детского населения против 1,2/10000 в 2015 году. В структуре врождённых аномалий множественные врождённые пороки составляют 75,0%, а врождённые пороки сердца – 9,4%. Показатель смертности от травм и отравлений вырос с 1,1 до 1,4 на 10000 детского населения. Ведущими причинами травм и отравлений у детей стали: отравление угарным газом и продуктами горения, утопление, дорожно – транспортные происшествия, падение с высоты. Исходя из этого, предложено разработать межведомственные мероприятия по профилактике этих причин.

Заключение. Состояние здоровья детей в Луганской Народной Республике за 2015 – 2016 годы характеризуется ростом заболеваемости, младенческой и детской смертности. Выявленные закономерности позволяют разработать и эффективно влиять на здоровье детей в Луганской Народной Республике с применением современных организационных, лечебных и профилактических методик.

УДК 616.24-053.32 : 615.816

**А.В. Чумакова¹, Е.А.Письменная¹, О.А. Валиев¹, М.Ю. Ткачева²,
Н.В. Решетило²**

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

¹ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница»
перинатальный центр.

² ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
anna_liza1502@mail.ru

**A.V. Chumakova¹, E.A. Pis'mennaya¹, O.A. Valiev¹,
M.Yu. Tkacheva², N.V. Reshetilo²**

¹ SI LHR "Lugansk republican clinical hospital" perinatal center

² SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Увеличение процента рождаемости недоношенных детей с 14 до 28% в период с 2016-по 2017 гг., не может не привлекать внимание и безусловно требует от специалистов в области педиатрии и

неонатологии пересмотра основных стратегических подходов, в том числе респираторной терапии. Основной респираторной патологией среди недоношенных новорожденных по-прежнему остается респираторный дистресс-синдром, тактика лечения которого, в последние годы претерпела некоторые изменения. Ранее методика СРАР (от английского Continuous Positive Airways Pressure (CPAP) – метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) использовалась уже после стабилизации сердечной деятельности и дыхания. В настоящий момент, у недоношенных новорождённых, предпочтительна стартовая терапия методом СРАР с предшествующим продленным раздуванием легких.

Согласно Методическим рекомендациям №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010 г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» всем детям со сроком гестации 32 недели и менее, имеющим самостоятельное дыхание, канюли для проведения СРАР устанавливаются в родильном зале сразу после рождения и санации ротоглотки. Назначение раннего СРАР у новорожденных с РДС является эффективной альтернативой традиционной ИВЛ.

Цель работы: проанализировать результаты использования неинвазивной ИВЛ аппаратом Infant Flow SiPAP у недоношенных новорожденных в клинической практике отделения интенсивной терапии новорожденных Государственного учреждения Луганской Народной Республики «Луганская республиканская клиническая больница» перинатальный центр.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 139 историй болезни недоношенных новорожденных, в протоколе респираторной терапии которых использовались неинвазивные методики ИВЛ с помощью аппарата Infant Flow SiPAP.

Результаты и обсуждения. Применение назального СРАР относится к малоинвазивным методикам и благоприятно влияет на сохранение собственного сурфактанта ребенка, стимулирует спонтанное дыхание, позволяет снизить процент возможных осложнений вызванных интубацией и искусственной вентиляцией легких.

Технические возможности отделения позволяют применять неинвазивные методики ИВЛ у недоношенных новорожденных. Аппарат Infant Flow SiPAP – принципиально новый тип аппарата для новорожденных (от 500 гр.) реализует одновременно несколько способов респираторной поддержки пациентов с дыхательной недостаточ-

ностью: традиционный СРАР (самостоятельное дыхание с постоянным положительным давлением) и неинвазивную вентиляцию легких через специальные назальные канюли или специальную лицевую маску.

Аппарат Infant Flow реализует одновременно несколько способов респираторной поддержки пациентов с дыхательной недостаточностью: традиционный СРАР (самостоятельное дыхание с постоянным положительным давлением) и неинвазивную вентиляцию легких с помощью специальных назальных канюль или специальной лицевой маски. Поток, создаваемый системой Infant Flow SiPAP, ускоряется в сдвоенных инжекторных патрубках генератора Infant Flow. Когда пациент предпринимает спонтанное инспирационное усилие, генератор Infant Flow преобразует кинетическую энергию потока в давление, уменьшая таким образом работу дыхания и обеспечивая максимальную стабильность давления в дыхательных путях пациента. Когда пациент выдыхает, происходит уменьшение поступательной скорости воздушного потока. Когда экспираторное усилие прекращается, поток мгновенно меняется на инспираторный. Режим BiPhasic – запланированное по времени повышение давления относительно базового СРАР. Давление увеличивается постепенно, медленно, тем самым увеличивается функциональная остаточная емкость легких и снижается нагрузка респираторной работы дыхания.

Показания к использованию данной методики имело только у 30 % из всех недоношенных новорожденных получающих респираторную терапию в отделении. У остальной части использовали традиционные для недоношенных детей методику ИВЛ. В последующем, большинство из этой группы новорожденных получали СРАР-терапию, как промежуточный этап ухода от ИВЛ.

Заключение. Использование методики неинвазивной ИВЛ с помощью аппарата Infant Flow SiPAP, позволяет добиваться улучшения клинической картины, у недоношенных новорожденных с РДС, уже с первых часов применения данной методики. Сократилось число летальных исходов, выживаемость детей с ЭНМТ составила 37.5%, а с массой тела до 1500 гр. – 75.5%. Число осложнений, вызываемых традиционной ИВЛ, было снижено, что в свою очередь позволило сократить койка-дней и стоимость лечения.

УДК 618.19 – 002.1:618.63-06J-089

А.Д. Шестопалова

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Донецкий национальный медицинский университет

им.М.Горького, Донецк, ДНР

ntiy_work@mail.ru

A.D. Shestopalova

ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INFLAMMATORY BREAST DISEASES

Donetsk national medical university name of M. Gorkiy, Donetsk, DPR

Актуальность. Нелактационный мастит, или воспалительные изменения молочной железы, не связанные с беременностью и лактацией, - актуальная проблема клинической хирургии. Особую значимость данная проблема приобретает в онкологической плоскости, т.к. ложная клиническо-лучевая картина рака груди на фоне воспаления может встречаться в 53,1% случаев воспалительных изменений МЖ. Ультразвуковое и морфологическое исследования позволяют проводить детальный анализ всех структур молочной железы. Традиционное хирургическое лечение гнойного «нелактационного мастита» путем вскрытия гнойного очага без учета нозологической формы и эхографического контроля сопровождается длительной (до 18 койко-дней) госпитализацией, возникновением рецидивов и неудовлетворительных косметических результатов, дополнительными финансовыми затратами, возможно развитие пролиферативных процессов в молочной железе с дальнейшей малигнизацией у 2-4% реконвалесцентов. Альтернативу составляют пункционно-дренажные малоинвазивные вмешательства (МИВ) под ультразвуковым контролем. Индивидуальный дифференцированный подход в лечении нелактационного мастита с использованием современных технологий позволяет выбрать рациональную тактику хирургического лечения, избежать госпитализации и улучшить эстетический результат.

Цель работы: обозначить возможности ультразвуковой диагностики в выборе хирургической тактики при воспалительных заболеваниях молочной железы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 282 больных с воспалительными изменениями в

МЖ (средний возраст $42 \pm 4,2$ года). Постановку диагноза выполняли на основании анамнеза, жалоб, клинических, лабораторных и лучевых данных. Ультразвуковые исследования проводились линейным электронным датчиком с частотой 7,5 – 10 МГц на многофункциональных эхосканерах. При кистах и абсцессах проводили пункционно-дренажные малоинвазивные вмешательства тонкой иглой (22G) под непрерывным ультразвуковым контролем по методу «свободной руки» (free hand). Эхографически контролируемое ретроградное дренирование молочного протока с аспирацией гнойного содержимого через его естественное отверстие на соске выполнялось при гнойных галактофоритах. Сонографический мониторинг проводили в зависимости от состояния пациентки, но не реже чем 1 раз в два дня.

Результаты и обсуждение. С помощью комплексной диагностики выявлено 56,8% узловых и 43,2% диффузных изменений молочных желез. Острые воспалительные заболевания МЖ имели разнообразную структуру: кисты (40,4%), перидуктальный мастит (30%), гнойный галактофорит (13,2%) и абсцессы (12,2%). Наряду с доброкачественными изменениями у 3,1% женщин под маской острых воспалительных заболеваний скрывался псевдвоспалительная (маститоподобная) форма рака МЖ.

При ультразвуковом исследовании для кисты с воспалением было характерно ан- или гипоехогенное образование с четким контуром, симметричными латеральными тенями и выраженным дорзальным усилением. Подобная эхографическая картина, но с внутренними гипоехогенными включениями и флотированием внутреннего содержимого оценивали, как абсцессы. Выраженная инфильтрация ткани и утолщение кожи при ультразвуковом исследовании характерно для диффузных изменений. Для перидуктальных маститов - узкие деформированные гипоехогенные тяжи с гиперэхогенными стенками, расположенные вокруг ареолы и радиарно сходящиеся к соску. В случаях гнойного галактофорита эхографически наблюдались колбасообразные, дилатированные (>4 мм) терминальные молочные протоки с неоднородным флотирующим содержимым в их просвете. В 3,1% наблюдений патогномичными ультразвуковыми характеристиками рака груди на фоне воспаления были неправильная форма и вертикальная ориентация узла, неровные края и нечеткие границы, гетерогенная структура, отсутствие флотации и наличие интранодулярного кровотока в режиме цветного доплеровского картирования,

в процессе дальнейшего обследования был выставлен диагноз псевдо-воспалительного рака МЖ. Результаты хирургического лечения прежде всего зависели от давности заболевания и адекватности оперативного доступа. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем имели преимущества перед традиционными разрезами. Это минимальная травматичность паренхимы, низкое количество осложнений и повторных вмешательств, относительно быстрые сроки выздоровления (до 13 ± 1 дней) и возможность амбулаторного лечения. Даже когда не удавалось полностью ликвидировать полость гнойника, МИВ позволяли ослабить острую воспалительную реакцию, уменьшить полость гнойника и в дальнейшем выполнить малотравматичную органосохраняющую операцию.

Заключение. При гнойно-воспалительных заболеваниях молочной железы вне периода беременности и лактации требуется индивидуальный лечебно-диагностический подход с учетом эхографической семиотики патологического процесса. Ультразвуковое исследование позволяет получить полную и подробную информацию о топографо-анатомических свойствах патологического очага, и выполнить малоинвазивные пункционно-дренажные вмешательства или спланировать объем удаляемых тканей МЖ. Пункционно-дренажные вмешательства целесообразно проводить при четкой визуализации абсцесса или кисты с нагноением. При перидуктальном мастите и галактофорите показано преимущественно консервативное медикаментозное лечение, в случае необходимости при гнойном галактофорите выполняют ретроградное дренирование молочных протоков под контролем УЗИ.

УДК 616-0533:613.2878:612.394.2

Т.В. Ширина

РАЗВИТИЕ СЕНСОРНОЙ ФУНКЦИИ ДЕТЕЙ В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

shirina_olga@mail.ru

T.V. Shirina

DEVELOPMENT OF THE TOENSIVE FUNCTION OF CHILDREN IN STRESS CONDITIONS, DEPENDING ON THE KIND OF FEEDING

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Одними из мощнейших стрессовых воздействий на только начинающий формироваться организм могут быть

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

боевые действия в окружении ребенка, влияние которых на здоровье детей раннего возраста в настоящее время оставляет больше вопросов, чем ответов. Военный конфликт, развернувшийся на территории Донбасса, привел к развитию посттравматического стрессового расстройства у большинства населения всех возрастов в регионе, среди которых были беременные, кормящие грудью матери, дети раннего возраста.

Цель работы. Изучение состояния сенсорной функции у детей раннего возраста, родившихся и проживающих в г. Луганске во время боевых действий.

Материалы и методы. Проведено динамическое клиническое обследование с оценкой темпов сенсорного развития 68 детей, находящихся в зоне военного конфликта. Из них: 32 ребенка, находящихся на естественном вскармливании, составивших основную группу детей (ОГД), а также 36 детей, находящихся на искусственном вскармливании, составивших группу сопоставления (ОГСД).

Контрольные группы в нашем исследовании составили 73 ребенка: 36 детей (КГД), находящихся на естественном вскармливании, а также 37 детей, находящихся на искусственном вскармливании - контрольная группа сопоставления детей (КГСД) вне зоны военного конфликта. Оценку уровня сенсорного развития детей проводили с помощью стандартизированной клинико-психологической методики «Гном».

Результаты и обсуждение. Анализируя сенсорную функцию у обследованных детей было установлено, что в группе малышей находящихся на искусственном вскармливании и в стрессовом состоянии, вызванном боевыми действиями, показатели соответствовали группе риска, превышая нормативные в течение всего первого полугодия. Отличие показателей на протяжении первого года жизни составляло от 1,30 до 5,03 баллов. Показатели сенсорной функции у детей, находящихся на грудном вскармливании и в условиях боевых действий, несмотря на кажущееся превышение над показателями аналогичной по вскармливанию группы детей, но пребывающих в мирных условиях, достоверной разницы между собой не имели.

Выводы: Военные действия неблагоприятно влияют на сенсорное развитие детей, находящихся непосредственно в районе их проведения. Наиболее уязвимой оказалась слуховая функция детей, показатели которой свидетельствуют о слуховой гиперестезии. Второе

место по объему нарушений занимает рефлекторная тактильная чувствительность, уровень повышения показателей которой зависит, как от возраста ребенка, так и вида вскармливания. Грудное вскармливание является мощным амортизатором дистрессовых влияний боевых действий, происходящих в окружении детей.

УДК 616.348 - 002.4 - 089.8 - 053.34

А.В. Щербинин, А.Г. Анастасов, А.Д. Некрасов, С.А. Фоменко
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО
ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
 Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк, ДНР*
a.g.anastasov@gmail.com

A.V. Shchierbinin, A.G. Anastasov, A.D. Nekrasov, S.A. Fomenko
SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF NECROTIZING
ENTEROCOLITIS OF NEWBORNS

*Donetsk National Medical University. M. Gorky, Republican Children's
 Clinical Hospital, Donetsk, DPR*

Актуальность. Актуальной проблемой неонатальной хирургии и интенсивной терапии является некротический энтероколит (НЭК). НЭК новорожденных встречается в 2 - 16% случаев, около 80% из них приходится на новорожденных с низкой массой тела при рождении. Показатель летальности новорожденных после оперативных вмешательств - 60 %, несмотря на интенсивную терапию.

Цель исследования – определение показаний для проведения различной тактики хирургических вмешательств у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Ретро- и проспективное, обсервационное когортное исследование 46 новорожденных, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии (ОИТ) новорожденных РДКБ за период 2007-2017 г.г. в возрасте 5 - 14 дней жизни, получивших хирургическое лечение. Критерии включения в исследование - новорожденные с клиническими симптомами НЭК II-III стадия (Bell (1978) в модификации Walsh, Kliegman (1986)). Критериями исключения из исследования - врожденная механическая кишечная непроходимость.

Результаты и их обсуждение. Зарегистрировано преобладание частоты встречаемости НЭК у новорожденных мужского пола с массой тела более 1000 граммов, гестационным возрастом более 32 не-

дель. Максимальные клинические проявления НЭК имели место на $8,3 \pm 3,2$ сутки жизни больных. Характер оперативных хирургических вмешательств у новорожденных был представлен лапаротомией, колостомией, санация брюшной полости в 42 (91,3%) случаях, неотложным лапароцентезом с перитонеальным дренированием, но с дальнейшей срединной лапаротомией при стабилизации общего состояния пациентов в 4 случаях. Во время операции, некроз и перфорация тонкой кишки, вторичный перитонит имел место у 26 (56,5%) новорожденных, толстой кишки – у 13% пациентов, стенки желудка – в 12 (26,1%) случаев. Послеоперационная летальность составила 69,6%.

Учитывая, тот факт, что НЭК новорожденных острая хирургическая патология органов ЖКТ, основными показаниями к проведению оперативного вмешательства являюся прогрессирующее течение перитонита и развитие компартмент-синдрома в следствие перфорации полого органа. Результаты сравнения летальности у новорожденных в зависимости от вида оперативного пособия: перитонеального дренирования и срединной лапаротомии с колостомией показали отсутствие значимых статистических отличий по количеству умерших пациентов. В раннем послеоперационном периоде при лапароцентезе, перитонеальном дренировании летальность составила 25%, в позднем послеоперационном периоде – 75%, а при проведении срединной лапаротомии – умерло 3 (10,7%), а в позднем периоде после операции 78% ($P > 0,05$).

Заключение. Абсолютным показанием к проведению неотложного, как временной синдромальной терапии интраабдоминальной гипертензии, лапароцентеза с перитонеальным дренированием является пневмотизация системы портальной вены и/или пневмоперитонеум у новорожденных с НЭК с полиорганной недостаточностью, т.е. одним из определяющих факторов является степень нарушений витальных функций пациента. Абсолютным показанием к проведению срочной операции: лапаротомии, ревизии, колостомии и санации органов брюшной полости, после проведения предоперационной интенсивной терапии является пневмоперитонеум с прогрессирующим вторичным перитонитом.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ

«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов.

1. К публикации в сборнике принимаются рукописи, содержащие результаты оригинальных биологических, медицинских, фармацевтических исследований, лекции, обзоры литературы, клинические наблюдения, научную информацию, рецензии и другие материалы, которые ранее не были опубликованы.

2. Язык публикации - русский, украинский, английский.

3. Статья печатается в формате А4 (поля: левое - 3 см, правое - 1,5 см, верхнее и нижнее - по 2 см) через 1,5 интервала в текстовом редакторе Word for Windows без ручных переносов шрифтом Times New Roman Cyr 14. Обязательно следует указывать почтовый адрес, телефон, желательно адрес электронной почты того, с которым будет вестись переписка.

4. Каждая статья в начале должна нести следующую информацию: индекс УДК, название без использования аббревиатур, инициалы и фамилии авторов, учреждение, где выполнялась работа.

5. Текст оригинальных исследований имеет следующие разделы: введение, цель, материалы и методы исследования, полученные результаты и их обсуждение, выводы.

6. Обязательно указывается связь работы с научными планами, программы, темами.

7. В конце публикуются резюме и ключевые слова (3-5 слов или словосочетаний) на трех языках (украинском, русском и английском). Каждое резюме должно иметь объем до 200 слов и содержать фамилии авторов, название работы, освещать цель исследования, методы, результаты и выводы.

8. Материал может иллюстрироваться таблицами (желательно не массивные), рисунками, диаграммами, микрофото и др. Иллюстрации приводятся после их первого упоминания.

9. Выводы имеют перспективы дальнейших исследований.

10. Список литературы оригинальных работ должен быть объемом 10-20 источников (не менее 2-х латиницей), обзоров, лекций - 40 источников. Расположение источников - по алфавиту или по упоминания в тексте. Ссылка на библиографические источники в тексте даются в квадратных скобках. Сначала приводятся работы на украинском и русском языках, затем - иностранными в оригинальной транскрипции. Оформление перечня литературы проводится в соответствии с требованиями Государственного стандарта 2006 года (бюл.ВАК 2008, № 3).

11. Сведения о авторах (приводятся на русском и английском языках):

- Фамилия, имя, отчество автора (авторов) полностью,
- Место работы каждого автора,
- контактная информация (e-mail) для каждого автора.

«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов. - Луганск, 2017. - Выпуск 5 (143). - 200 с.

П $\frac{21 - 48}{03}$ Без об'яви

УДК 575.8:573.2:612.112.95

Адрес редакции: Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», кв. 50-летия Обороны Луганска, 1 г, г. Луганск, 91045.

Editorial address: LGMU, 50-let Oborony Luganska, 1, Lugansk, 91045

Сайт издания: <http://ecoproblemlug.ucoz.ua/>

Главный редактор:

доктор мед. наук, профессор Я.А. Соцкая

Контактный телефон: 050-98-20-895

Ответственный секретарь выпуска:

канд. мед. наук Ю.В. Сидоренко

Контактный телефон: 050-233-07-39

Электронный адрес: siderman@ukr.net

Подписано к печати 05.12.2017.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Book Antiqua.

Печать **RISO**. Условн. печатн. листов 18.

Тираж 100 экз. Заказ 65.

Цена договорная.