

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 (149)

Материалы

*Международной научно-практической конференции,
посвященной 90-летию ГУ «Луганская республиканская
клиническая больница» ЛНР
«ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ – ВЫСШЕЕ БЛАГО ОБЩЕСТВА»
5-6 декабря 2018 года*

**Луганск
2018**

Главный редактор
д.мед.н., проф. Я.А. Соцкая

Сборник рекомендован к печати Ученым советом ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» (протокол № 1 от 10.01.2018).

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 государственной регистрации № ПИ 000127 от 20.03.2018 г.

© ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», 2018

**PROBLEMS OF ECOLOGICAL AND MEDICAL
GENETICS AND CLINICAL IMMUNOLOGY
Volume 149, № 5**

Editor in Chief
prof. Ya.A. Sotska, M.D., Sci.D.

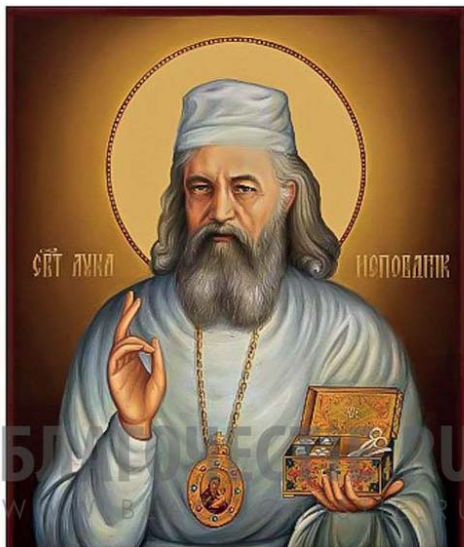
The collection of scientific articles was recommended for print by Academic Council of SAINT LUKA LSMU (proceeding № 1 from 10.01.2018).

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 LUKA LSMU, 2018



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. **С.А. Кащенко** (Луганск); 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. Сирогченко** (Луганск); д.мед.н., проф. **В.В. Симрок** (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. **S.A. Kashchenko**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **V.I. Kolo-miets**, 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. Sirotschenko**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **V.V. Simrok**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **T.P. Tananakina**, M.D., Sci.D. (Lugansk); prof. **S.M. Fedchenko**, Biol. D., Sci.D. (Lugansk)



Уважаемые коллеги!

Прошел ровно год, и мы вновь подводим итоги нашей совместной деятельности – народов Донбасса и Российской Федерации. Конференция «ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ – ВЫСШЕЕ БЛАГО ОБЩЕСТВА» проходит под патронатом Главы Республики, Министерства здравоохранения и посвящена 90-летию Республиканской клинической больницы. С самого первого дня своего су-

ществования Республиканская клиническая больница была не только ведущим лечебно-профилактическим учреждением Донбасса, но кузницей медицинских кадров, а с 1956 года основной клинической базой для нашего университета. Умение трудиться плечом к плечу сотрудники медицинского университета и Республиканской больницы показывают уже более 60 лет, и особенно в трудные для Донбасса времена. Последний год ознаменован совместной работой профессорско-преподавательского состава и практических врачей в прифронтовых районах по оказанию консультативно-лечебной помощи жителям этих мест, внедрением в практику здравоохранения новых методов консервативного и оперативного лечения, борьбы с онкологическими заболеваниями и инфекционной патологией. Все это, Вы найдете в научных статьях этого сборника. Мы надеемся, что наши научные труды будут полезны как ученым, так и практическим врачам, и принесут пользу населению Донбасса.

Ректор профессор Симрок В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАРДИОХИРУРГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

<i>Борота А.В., Ходырев В.Н., Кутенец А.С., Старцева Л.Н.</i> Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение.....	10
<i>Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Данченко С.И., Пушкарский О.А.</i> Анестезиологическая служба в условиях многопрофильного учреж- дения в мирное время и в период локального вооруженного конфликта.....	26
<i>Победенный А.Л.</i> Особенности содержания цитокинов сыворотки крови у пациентов с черепно-мозговой травмой в после- операционном периоде.....	30
<i>Пустовой А.Ю.</i> Исследование уровня простагландинов у паци- ентов в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы.....	35
<i>Торба А.В., Хусейн А.А., Провизион Ю.А.</i> Чрескожная чреспе- чеченная холангиостомия с ультразвуковым контролем при неопе- рабельных опухолях панкреато-билиарной зоны.....	43

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Безкаравайный Б.А., Сероштан Е.Ю.</i> Современные тенден- ции в состоянии здоровья детей начальной школы.....	51
<i>Глушко Ю.В., Ершова И.Б.</i> Особенности функционального состо- яния головного мозга у детей, проживающих в зоне военного конфликта	61
<i>Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Друпова В.И.</i> Липидный про- филь у подростков с артериальной гипертензией, подходы к коррекции...	70
<i>Ершова И.Б., Лохматова И.А.</i> Оценка качества жизни детей с аскаридозом.....	76

<i>Ершова И.Б., Петренко О.В., Бортник О.А. Эффективность применения пектинсодержащих препаратов в комплексной терапии детей с лямблиозом.....</i>	86
<i>Капранов С.В. Влияние валеологических условий и факторов социальной среды жизнедеятельности на возможность грудного вскармливания у женщин.....</i>	91
<i>Кононенко О.В., Телешова О.В., Зинченко О.В., Горянкова И.Н., Бургело Е.В., Антонова А.Е. Особенности строения плаценты при задержке развития плода.....</i>	98
<i>Лисовская Т.В., Трофименкова Т.Ю. Опыт применения дидрогестерона в решении проблемы женщин стать матерью.....</i>	103
<i>Симрок В.В., Попова И.А., Симрок Н.И., Валиева Е.А., Симрок-Старчева Д.В. Дифференциально-диагностические ультразвуковые критерии при аппендикулярно-генитальном синдроме у женщин репродуктивноговозраста.....</i>	110
<i>Ткачева М.Ю., Гавриш О.А., Решетило Н.В., Петля О.В., Лесина А.Б. Клинический случай болезни Минковского-Шоффара у новорожденного ребенка.....</i>	116
<i>Ткачева М.Ю., Чеканова И.Н., Стоянова О.А., Решетило Н.В. Неонатальный сепсис.....</i>	121
<i>Ковтанюк И.А. Рецензия на учебно-практическое издание: медицинская помощь при акушерско-гинекологической патологии на догоспитальном этапе: краткие практические рекомендации для врачей и фельдшеров скорой помощи, акушерок, врачей общей практики, семейных врачей, студентов медицинского университета и колледжа / В.В. Симрок, Н.А. Удовика, Д.С. Пархомчук. - Луганск: ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», 2018. - 167 с.....</i>	125

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ

<i>Безкаравайный Б.А., Башкатова Л.В., Лейкина В.В., Ткаченко Л.В. Использование комплекса эссенциальных фосфолипидов и поливитаминов при лечении гепатитов у детей.....</i>	131
--	-----

Бугаенко О.А., Сиротченко Т.А., Бондаренко Г.Г., Миргородская А.В. Половое развитие мальчиков с ложным крипторхизмом.....	132
Вольман О.В., Перегорода Р.И., Некрасов Д.А., Кривоносова Т.В., Троценко С.Г., Саньков А.И., Перегорода А.В. Актуальность и перспективы развития интервенционной аритмологии в Луганской Народной Республике.....	133
Головченко В.В., Бледнов А.В, Бутко Р.М., Панкратьев А.А., Полуэктов А.В. Опыт применения кровоснабжаемых лоскутов для замещения дефектов мягких тканей задней поверхности голени.....	135
Грабарь И.В., Давидчук А.В., Грабарь А.О. Влияние микросоциальных факторов на формирование девиантного поведения подростков в зоне военного конфликта.....	137
Давидчук Г.Н., Грабарь И.В., Сытник Е.С., Баутина Т.В., Белецкая Л.М., Заливная Л.А., Семенова М.Ф. Эффективность применения полиоксидония у часто болеющих ОРВИ детей инфицированных <i>microsoft tuberculosis</i>	138
Миргородская А.В., Сиротченко Т.А., Бугаенко О.А., Сиротченко А.А. Влияние особенностей питания и пищевых приоритетов беременных на состояние здоровья детей первого года жизни..	139
Панкратьев А.А. , Маяцкий А.С. Лечебно-диагностическая артроскопия коленного сустава в травматологии и ортопедии.....	142
Перегорода Р.И., Некрасов Д.А., Шаповалов Н.А., Зинченко А.В., Кривоносова Т.В., Троценко С.Г., Саньков А.И., Акимова Е.Е., Голованева Ж.В., Сосна Н.Ю., Чумак Л.В. Оценка эффективности тромболитической терапии у пациентов с ОКС и подъемом сегмента ST по данным коронарографии.....	143
Перегорода Р.И., Некрасов Д.А., Шаповалов Н.А., Зинченко А.В., Кривоносова Т.В., Троценко С.Г., Саньков А.И., Акимова Е.Е., Голованева Ж.В., Сосна Н.Ю., Чумак Л.В. Результаты оказания высокотехнологичной помощи пациентам с ОКС и элевацией сегмента ST.....	144
Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И. Репродуктивное здоровье и заболевания, передающиеся половым путём.....	146

<i>Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И. Случай склероатрофического лишена у ребёнка в раннем детском возрасте.....</i>	147
<i>Радионов В.Г., Радионов Д.В. Врачебная тактика при капиллярных гемангиомах у детей.....</i>	148
<i>Реицков Г.А., Реицков В.А., Бугаенко О.А., Бондаренко Г.Г. Клинико-экономическая эффективность физической реабилитации в профилактике простудных заболеваний у детей дошкольного возраста.....</i>	150
<i>Сулъженко М.Ю., Головченко Н.Н., Руденко Т.Г. Клинические варианты тромбоцитопении в практике педиатра.....</i>	152
<i>Ткачева М.Ю., Курбацкая В.А., Чумакова А.В., Решетило Н.В. Современные схемы лечения бронхолегочной дисплазии у новорожденных с экстремально низкой массой тела.....</i>	154
<i>Ткачева М.Ю., Манищенков С.Н., Решетило Н.В. Поражение головного мозга у новорожденных детей.....</i>	155
<i>Ткачева М.Ю., Решетило Н.В., Чумакова А.В., Письменная Е.А. Современные возможности организации грудного вскармливания новорожденных в условиях отделения интенсивной терапии.....</i>	156
<i>Ткачева М.Ю., Судиловский А.А., Решетило Н.В., Чумакова А.В. Центральный венозный доступ в неонатологии.....</i>	158
<i>Троценко С.Г., Саньков А.И., Некрасов Д.А., Перегорода А.В. Профилактика реперфузионных аритмий магния сульфатом при остром инфаркте миокарда.....</i>	159
<i>Блудова Н.Г., Иванова Н.А., Благинина И.И., Благодаренко А.Б. Клиническая эффективность разных схем тромболитика у больных с острым инфарктом миокарда.....</i>	160
<i>Петруня О.М., Степаненко Г.В., Коротнева Е.Н., Коробчинская Е.П. Тупые травмы глазного яблока у военнослужащих, принимавших участие в локальном вооруженном конфликте в Луганской Народной Республике.....</i>	162
<i>Реброва О.А., Дичанская И.В., Климова Д.А., Кузан Л.Г. Оказание гематологической помощи населению Луганской Народной Республики.....</i>	163

**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
КАРДИОХИРУРГИИ
И НЕОТЛОЖНОЙ
ХИРУРГИИ**

**ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ:
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

А.В. Борота, В.Н. Ходырев, А.С. Кутенец, Л.Н. Старцева
ГОО ВПО ДонНМУ им. Горького
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Актуальность

Дивертикулёз ободочной кишки является одним из наиболее распространённых заболеваний современной индустриальной цивилизации, выявляемых у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3 старше 80 лет [4, 8]. Клинические проявления, широко варьирующие от чувства незначительного дискомфорта до резких болей в животе, тяжёлых воспалительных осложнений ипрофузных кишечных кровотечений, развиваются в 20-25% наблюдений при дивертикулёзе ободочной кишки. Дивертикулёз с клиническими проявлениями. В отечественной и зарубежной литературе называют – дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Острые воспалительные осложнения, такие как: острый дивертикулит, острый воспалительный паракишечный инфильтрат, перфорация дивертикула с развитием перитонита, возникают в 10-25% случаев дивертикулярной болезни [6]. Наиболее часто встречающимся воспалительным осложнением дивертикулярной болезни является острый дивертикулит, составляющий в структуре клинических проявлений 25 - 35%. Среди острых воспалительных осложнений острый дивертикулит составляет 60-75%. Несмотря на столь широкое распространение этого заболевания, некоторые вопросы, связанные с его диагностикой и лечением, остаются нерешёнными или спорными до сегодняшнего дня. Диагностические ошибки при возникновении острого дивертикулита регистрируются в 60-90% наблюдений. Острый дивертикулит хорошо поддаётся консервативной терапии. Однако возникновение рецидива воспаления после курса консервативного лечения отмечается у 16-87% пациентов, а развитие в дальнейшем угрожающих жизни осложнений - встречается в 15-23% наблюдений.

Целью нашей работы было изучение клиники, диагностики и лечения острого дивертикулита сигмовидной кишки.

Материалы и методы исследования

Характеристика больных: исследование основано на анализе клинических наблюдений и отдалённых результатов лечения 74 больных, которые перенесли острое воспалительное осложнение дивертикулярной болезни и получавших оперативное лечение и консервативную терапию. 52 (70,3%) из них получали консервативную терапию; 22 (29,7%) пациента, перенесли оперативные пособия. Среди них острый дивертикулит был выявлен в 52 (71,1%) наблюдениях, из них 47 (90,4%) пациентов получали консервативную терапию, 5 (5,3%) случая были прооперированы; прогрессирование воспалительного процесса с возникновением острого воспалительного паракишечного инфильтрата верифицировано в 4 (5,3%) наблюдениях, из них 2 (50,0%) пациента лечились консервативно, а 2 (50,0%) прооперированы; острый дивертикулит, осложненный толстокишечным кровотечением верифицирован в 4 (5,3%) случаях, из них 3 (75,0%) наблюдения лечились консервативно, 1(25,0%) был прооперирован; дивертикулит с перфорацией и формированием параколического либо забрюшинного абсцесса в 10 (13,3%) случаях, оперативное лечение оказывалось в 10 (100%) наблюдений; дивертикулит с перфорацией, с местным перитонитом в 3(3,8%) наблюдений, оперативное лечение оказывалось в 3 (100%) случаев; дивертикулит, осложненный свищем в область послеоперационного рубца (ранее ампутация матки) 1 (1,2%), оперативное лечение оказывалось в 1 (100%) наблюдений.

Источниками воспалительного процесса и кровотечения во всех случаях являлись дивертикулы ободочной кишки.

Полученные результаты и их обсуждение

Острый дивертикулит. Среди 52 пациентов, страдавших острым дивертикулитом, мужчин было 13 (25,0%), женщин - 39 (75,0%) в возрасте от 25 до 88 лет. Средний возраст составил 57,3 года. Из них 47 (90,4%), пациентов получали консервативную терапию, 5 (9,6%) случая были прооперированы.

Клиническая картина острого дивертикулита характеризовалась болями в животе и лихорадкой во всех наблюдениях. Реже встречались нарушения стула - 46,2%, метеоризм 21,1%, тошнота - 20,6%, патологические выделения из прямой кишки - 12,1%, нарушения мочеиспускания - 9,4%, рвота 6,7%. У подавляющего числа больных - в 45 (81,83%) наблюдениях - боли локализовались в левой

подвздошной или левой боковой областях живота. Жалобы на боли в нижних отделах живота, без чёткой локализации, предъявляли 4 (7,2%) пациентов. У 5 (9,09%) человек боли локализовались преимущественно в правой подвздошной или правой мезогастральной областях. Боли носили разнообразный характер - от умеренных до интенсивных. Умеренные боли отметили 35 (63,6%) человека, а интенсивные боли - 19 (34,5%) из 52 обследованных пациентов. По характеру боли были: постоянные или приступообразные.

Клиническое обследование проводилось по «стандартной» схеме, которая подразумевала общепринятый алгоритм обследования пациента, поступившего с клиническими симптомами острого воспалительного процесса в брюшной полости. Кроме осмотра и срочного лабораторного исследования, пациентам выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, КТ органов брюшной полости, фиброколоноскопия либо ирригоскопия. 5 (9,6%) случая были прооперированы. Средний койко-день составил 15,2, дооперационный 1,6 день. При этом, объем оперативных пособий распределился следующим образом: резекцию сигмовидной кишки выполнено 1 (20%) пациенту, левосторонняя гемиколэктомия выполнялась в 2 (40%) наблюдениях, левосторонняя гемиколэктомия с левосторонней оварэктомией выполнялась в 2 (40%) случаях.

В послеоперационном периоде пациентам, помимо инфузионной терапии, методом парентерального введения лекарственных средств, направленной на восстановление объема и состава жидкой среды организма, всем пациентам назначалась комплексная антибактериальная терапия, которая включала препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) в сочетании с фторхинолонами (либо аминогликозидами) и метрогил. Инфузионная терапия назначалась на 3-4 дня. Парентерально (инъекционно) так же вводились спазмолитические, противорвотные, обезболивающие, противоязвенные лекарственные средства в течении 5-7 дней, затем они применялись перорально до окончания срока стационарного лечения. 47 (90,4%), пациентов получали консервативную терапию, с момента поступления в стационар. Средний койко-день составил 11,3.

Назначалась консервативная терапия, включавшая: бесшлаковую диету, парентеральное введение антибактериальных и спазмолитических препаратов, а так же приём слабительных средств на основе лактулозы. Выбор антибактериального препарата для кон-

сервативной терапии основывался на том, что при возникновении воспалительного процесса в толстой кишке, в очаге инфекции чаще всего находятся грамм-негативные палочки и анаэробы. Комплексная антибактериальная терапия включала: препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) и метрогил. Консервативная терапия проводилась в течение 7 - 10 дней, в среднем $8,7 \pm 2,3$ дня. При этом проводилось наблюдение за динамикой воспалительного процесса (контроль температуры тела, уровня лейкоцитов в крови). Улучшение общего состояния больных наступало на 2-3-е сутки. Курс антибактериальной терапии проводился в течение 7-10 дней, в среднем $8,9 \pm 3,1$ дня. Консервативная терапия была эффективна у всех больных.

Основываясь на результатах проведенного исследования, мы установили, что острый дивертикулит в 100% случаев поддается консервативному лечению.

Учитывая это, мы можем рекомендовать проведение консервативной терапии всем больным острым дивертикулита. Тем не менее, проведение консервативной терапии не устраняет причины возникновения осложнения. Повторные атаки острого дивертикулита отмечены у 22 (39,6%) больных, не смотря на соблюдение ими лечебных рекомендаций, включающих прием слабительных и спазмолитических препаратов. Это свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за всеми больными, перенесшими первый эпизод острого дивертикулита. Более того, у 38 (76%) из 50 пациентов, после возникновения повторного рецидива острого дивертикулита отмечена тенденция к развитию непрерывно - рецидивирующего течения осложнения, а у 2 (1 %) наблюдений возникновение рецидива воспаления сопровождалось развитием инфильтрата паракишечной полости.

Острый воспалительный паракишечный инфильтрат. Формирование паракишечного инфильтрата происходило в случае, если воспалительный процесс с дивертикула распространяется на брыжейку ободочной кишки, большой сальник, тонкую кишку и органы малого таза. Это осложнение было диагностировано у 4 наших пациентов. Среди пациентов мужчин не было 0 (0%), женщин - 4 (100,0%), в возрасте 35 до 66 лет. Средний возраст составил 52 ± 23 года. Клиническая картина характеризовалась наличием болей в животе и высокой лихорадки у всех пациентов. Во всех случаях - 4

(100,0%) боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота, сопровождалась тошнотой задержкой стула и газов. Все пациенты на момент поступления отличали боли в животе, как интенсивные. При этом преобладали боли постоянного характера. При поступлении общее состояние у 4 (100,0%) больных было расценено, как средней тяжести.

Диагностический алгоритм при наличии паракишечного инфильтрата был тот же, что и при обследовании пациентов с острым дивертикулитом. 2 (50,0%) случая были прооперированы. Средний койко-день составил 13, дооперационный 1,5 день. Всем 2 (50,0%) пациентам выполнялась резекция сигмовидной кишки, в 1 наблюдении лапароскопически ассистированная. В послеоперационном периоде пациентам, помимо инфузионной терапии, методом парентерального введения лекарственных средств, направленной на восстановление объема и состава жидкой среды организма, назначалась комплексная антибактериальная терапия, которая включала препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) в сочетании с фторхинолонами (либо аминогликозидами) и метрогил. Инфузионная терапия назначалась на 3-4 дня. Парентерально (инъекционно) так же вводились спазмолитические, противорвотные, обезболивающие, противоязвенные лекарственные средства в течении 5-7 дней, затем они применялись перорально до окончания срока стационарного лечения. 2 (50,0%) случая была назначена консервативная терапия. Пребывание в стационаре колебалось от 3 до 45 дней и составило в среднем 24 дня.

Всем больным той группы проводилась консервативная терапия, аналогичная лечению острого дивертикулита. Она включала: бесшлаковую диету, слабительные на основе лактулозы, применение антибактериальных и спазмолитических средств. Консервативная терапия была эффективна у всех больных. Тем не менее, у больных этой группы, в связи с сохраняющейся свыше 10 дней гипертермией и лейкоцитозом, возникла необходимость в проведении дополнительного курса антибактериальной терапии. Он проводился препаратами широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения либо фторхинолонами) в сочетании с парентеральным введением метронидазола, в течение 6-8 дней.

Острые воспалительные явления были купированы консервативно у всех пациентов с паракишечным инфильтратом.

Анализ отдалённых результатов лечения пациентов с этим воспалительным осложнением свидетельствует о сохраняющихся клинических проявлениях дивертикулярной болезни в 2 (100,0%) прослеженных случаях.

Таким образом, мы считаем, что наличие даже первой атаки острого воспалительного паракишечного инфильтрата может служить относительным показанием к плановому хирургическому лечению. Несомненным критерием может являться и частота возникновения рецидивов воспалительного процесса. Такие больные ежегодно вынуждены обращаться за помощью к хирургу.

Не зависимо от этого, лечение дивертикулярного инфильтрата необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки и создать благоприятные условия для операции. Однако, учитывая особенности данного заболевания, показания для хирургического лечения необходимо определять индивидуально в каждом конкретном случае. Вопрос о формировании первичного анастомоза так же следует решать индивидуально в каждом случае.

Острый дивертикулит, осложненный кровотечением. Иногда из сосудов, проходящих в шейке дивертикула, возникает кровотечение, причем чаще - профузное. Обычно такое кровотечение развивается из одиночного дивертикула, расположенного, как правило, в правых отделах толстой кишки.

Это осложнение было диагностировано у 4 (3,9%) наших пациентов. Среди пациентов был 1 мужчина (25,0%), и 2 женщины (75,0%), в возрасте от 63 до 77 лет. Средний возраст составил 71 год. Клиническая картина характеризовалась наличием болей в животе, наличием жидкого темно- вишневого стула, головокружением, слабостью. Во всех случаях- 3 (100,0%) боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота. Все пациенты на момент поступления отличали боли в животе, как не интенсивные. При поступлении общее состояние у 3 (100,0%) больных было расценено, как средней тяжести.

Диагностический алгоритм при наличии дивертикулита, осложненного кровотечением был тот же, что и при обследовании пациентов с острым дивертикулитом. Фиброколоноскопия выполнялась в 100% случаев. Всем больным с острым дивертикулитом, осложненным кровотечением, проводилась консерватив-

ная терапия, аналогичная лечению острого дивертикулита, дополняющаяся применением гемостатических препаратов. В 2 случае (75,0%) проводилась коррекция кровопотери путем гемотрансфузии, в 3 случаях (100%) применялось переливания изогруппной, изоиммунной свежесамороженной плазмы.

Консервативная терапия была эффективна у всех у 2 (75,0%) больных. Пребывание в стационаре колебалось от 9 до 11 дней и составило в среднем 10 дней. Признаки кровотечения были купированы консервативно у всех пациентов с острым дивертикулом, осложненным кровотечением. 1(25%) больной был прооперирован. Средний койко-день составил 18, дооперационный 6 дней. Объем оперативного лечения - резекция сигмовидной кишки.

Анализ отдалённых результатов лечения пациентов с этим осложнением свидетельствует о сохраняющихся клинических проявлениях дивертикулярной болезни с рецидивным толстокишечным кровотечением в 2 (100,0%) прослеженных случаев.

Таким образом, мы считаем, что наличие даже первой атаки острого дивертикулита, осложненным кровотечением может служить показанием к плановому хирургическому лечению. Несомненным критерием может являться и частота возникновения рецидивов воспалительного процесса и рецидивного кровотечения. Такие больные вынуждены повторно обращаться за помощью к хирургу.

Не зависимо от этого, лечение острого дивертикулита, осложненным кровотечением необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки, стабилизировать состояние пациента, и создать благоприятные условия для операции. Однако, учитывая особенности данного заболевания, показания для хирургического лечения необходимо определять индивидуально в каждом конкретном случае. Вопрос о формировании первичного анастомоза так же следует решать индивидуально в каждом случае.

Острый дивертикулит, осложненный перфорацией. Механизм развития этого осложнения заключается в наличии перфорации дивертикула как макроскопической, так и микроскопической. К перфорации приводит повреждение стенки дивертикула, возникшее вследствие увеличенного внутрипросветного давления или набившихся частичек пищи, с последующим воспалением и фокусом некроза. Клиническая картина перфорации дивертикула связана с ее

размером и степенью ограниченности окружающими тканями.

Это осложнение было диагностировано у 3 (3,3%) наших пациентов. Среди пациентов было 2 мужчины (75,0%), и 1 женщина (25,0%), в возрасте от 43 до 61 года. Средний возраст составил 51 год.

Клиническая картина характеризовалась наличием болей в животе, недомоганием, повышением температуры тела до фебрильных цифр, тошнотой. Во всех случаях- 3 (100,0%) боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота. Все пациенты на момент поступления отличали боли в животе, как не интенсивные. При поступлении общее состояние у 3 (100,0%) больных было расценено, как средней тяжести.

Диагностический алгоритм при наличии острого дивертикулита, осложненного прободением был тот же, что и при обследовании пациентов с острым дивертикулитом. Рентгенография ОБП в 100% случаев. Всем больным с острым дивертикулитом, осложненным перфорацией проводилось оперативное лечение. В 1 (25,0%) наблюдений выполнена левосторонняя гемиколэктомия, в 2 (75,0%) случаях - операция Гармана. Средний койко-день составил 15,6, дооперационный 0,3.

В послеоперационном периоде пациентам, помимо инфузионной терапии, методом парентерального введения лекарственных средств, направленной на восстановление объема и состава жидкой среды организма, назначалась комплексная антибактериальная терапия, которая включала препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) в сочетании с фторхинолонами (либо аминогликозидами) и метрогил. Инфузионная терапия назначалась на 3-7 дней. Анемия корригировалась путем гемотрансфузии изогруппной, изоиммунной концентрированной эритроцитарной массы. Белковые нарушения корригировались инфузией свежемороженой плазмы и 10%, 5% альбумина. Парентерально (инъекционно) так же вводились спазмолитические, противорвотные, обезболивающие, противоязвенные лекарственные средства в течении 5-7 дней, затем они применялись перорально до окончания срока стационарного лечения.

Таким образом, наличие перфорации дивертикула ободочной кишки с местным перитонитом является показанием для срочного оперативного вмешательства. Вопрос о формировании первичного анастомоза так же следует решать индивидуально в каждом случае.

Острый дивертикулит, осложненный перфорацией с формированием абсцесса. Хорошо отграниченные перфорации приводят к формированию абсцесса. Это осложнение было диагностировано у 10 (13,2%) наших пациентов. Все пациенты были прооперированы. Среди пациентов было 6 мужчин (60,0%), и 4 женщины (40,0%), в возрасте от 23 до 68 года. Средний возраст составил 51,4 года

Клиническая картина характеризовалась наличием болей в левой половине живота, слабостью, недомоганием. Гипертермией до фебрильных цифр. Во всех случаях- 10 (100,0%) боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота. Все пациенты на момент поступления отличали боли в животе, как не интенсивные. При поступлении общее состояние у 10 (100,0%) больных было расценено, как средней тяжести.

Диагностический алгоритм при наличии острого дивертикулита, осложненного прободением был тот же, что и при обследовании пациентов с острым дивертикулитом. Рентгенография ОБП в 100% случаев. СКТ ОБП в 70% наблюдений.

Всем больным с острым дивертикулитом, осложненным перфорацией с формированием абсцесса проводилось оперативное лечение. В 3 (30,0%) наблюдений выполнена операция Гартмана, в 2 (20,0%) наблюдениях левосторонняя гемиколэктомия, в 1 (10,0%) случаях - симультанная операция- левосторонняя гемиколэктомия с холецистэктомией, в 3(30%) наблюдений комбинированные оперативные пособия с первичным анастомозом (1- резекция сигмовидной, прямой, подвздошной кишки, в 1- резекция сигмовидной кишки с экстирпацией матки с придатками, в 1 случае-резекция сигмовидной и прямой кишки), в 1(10,0%) наблюдении выполнена комбинированная резекция с формированием стомы (комбинированная резекция сигмовидной, прямой, подвздошной кишки с экстирпацией матки с придатками).

В послеоперационном периоде пациентам, помимо инфузионной терапии, методом парентерального введения лекарственных средств, направленной на восстановление объема и состава жидкой среды организма, назначалась комплексная антибактериальная терапия, которая включала препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения)в сочетании с фторхинолонами (либо аминогликозидами) и метрогил. Инфузионная терапия назначалась на 3-7 дней. Анемия корригировалась путем

гемотрансфузии изогрушпой, изоиммунной концентрированной эритроцитарной массы. Белковые нарушения корригировались ифузией свежезамороженной плазмы и 10%, 5% альбумина. Парентерально (инъекционно) так же вводились спазмолитические, противорвотные, обезболивающие, противоязвенные лекарственные средства в течении 5-7 дней, затем они применялись перорально до окончания срока стационарного лечения.

Не зависимо от этого, лечение острого дивертикулита, осложненным кровотечением необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки, стабилизировать состояние пациента, и создать благоприятные условия для операции. Однако, учитывая особенности данного заболевания, показания для хирургического лечения необходимо определять индивидуально в каждом конкретном случае. Вопрос о формировании первичного анастомоза так же следует решать индивидуально в каждом случае.

Острый дивертикулит, осложненный перфорацией. Механизм развития этого осложнения заключается в наличии перфорации дивертикула как макроскопической, так и микроскопической. К перфорации приводит повреждение стенки дивертикула, возникшее вследствие увеличенного внутрипросветного давления или набившихся частичек пищи, с последующим воспалением и фокусом некроза. Клиническая картина перфорации дивертикула связана с ее размером и степенью отграниченности окружающими тканями.

Это осложнение было диагностировано у 3 (3,3%) наших пациентов. Среди пациентов было 2 мужчины (75,0%), и 1 женщина (25,0%), в возрасте от 43 до 61 года. Средний возраст составил 51 год.

Клиническая картина характеризовалась наличием болей в животе, недомоганием, повышением температуры тела до фебрильных цифр, тошнотой. Во всех случаях- 3 (100,0%) боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота. Все пациенты на момент поступления отличали боли в животе, как не интенсивные. При поступлении общее состояние у 3 (100,0%) больных было расценено, как средней тяжести.

Диагностический алгоритм при наличии острого дивертикулита, осложненного прободением был тот же, что и при обследовании пациентов с острым дивертикулитом. Рентгенография ОБП в 100% случаев. Всем больным с острым дивертикулитом, осложненным

перфорацией проводилось оперативное лечение. В 1 (25,0%) наблюдений выполнена левосторонняя гемиколэктомия, в 2 (75,0%) случаях - операция Гармана. Средний койко-день составил 15,6, дооперационный 0,3.

В послеоперационном периоде пациентам, помимо инфузионной терапии, методом парентерального введения лекарственных средств, направленной на восстановление объема и состава жидкой среды организма, назначалась комплексная антибактериальная терапия, которая включала препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) в сочетании с фторхинолонами (либо аминогликозидами) и метрогил. Инфузионная терапия назначалась на 3-7 дней. Анемия корригировалась путем гемотрансфузии изогруппной, изоиммунной концентрированной эритроцитарной массы. Белковые нарушения корригировались инфузией свежесамороженной плазмы и 10%, 5% альбумина. Парентерально (инъекционно) так же вводились спазмолитические, противорвотные, обезболивающие, противоязвенные лекарственные средства в течении 5-7 дней, затем они применялись перорально до окончания срока стационарного лечения.

Таким образом, наличие перфорации дивертикула ободочной кишки с местным перитонитом является показанием для срочного оперативного вмешательства. Вопрос о формировании первичного анастомоза так же следует решать индивидуально в каждом случае.

Острый дивертикулит, осложненный перфорацией с формированием свища. Связанный с дивертикулом воспалительный процесс может приводить к перфорации стенки другого органа, с формированием свищевого хода (в 6-10% случаев). Чаще всего наблюдаются толстокишечно-пузырные свищи, возникающие при перфорации дивертикула толстой кишки в мочевого пузырь. У таких больных жалобы на кишечную дисфункцию при первом обращении к врачу могут отсутствовать. Вместо этого часто наблюдаются инфекции мочевыводящих путей и (или) пневматурия. Свищи могут открываться и в другие органы - влагалище, петли тонкой кишки, переднюю брюшную стенку.

Это осложнение было диагностировано у 1 (1,4%) наших пациентов. Большая была прооперирована. Это была 1 женщины (100,0%), ее возрасте составил 52 года.

Клиническая картина характеризовалась наличием болей в ле-

вой половине живота, наличием свищевого отверстия с каловым отделяемым в области послеоперационного рубца (ранее была оперирована- ампутация матки с придатками). Боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота. На момент поступления боли в животе характеризовались, как не интенсивные. При поступлении общее состояние у 1 (100,0%) больной было расценено, как удовлетворительное.

Диагностический алгоритм при наличии острого дивертикулита, осложненного прободением был тот же, что и при обследовании пациентов с острым дивертикулитом. СКТ ОБП в 100% наблюдений. Всем больным с острым дивертикулитом, осложненным перфорацией с формированием свища проводилось оперативное лечение. Выполнена комбинированная левосторонняя гемиколэктомия с резекцией подвздошной кишки в 1 (100,0%) случае.

В послеоперационном периоде, помимо инфузионной терапии, методом парентерального введения лекарственных средств, направленной на восстановление объема и состава жидкой среды организма, назначалась комплексная антибактериальная терапия, которая включала препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) и метрогил. Инфузионная терапия назначалась на 3 дня. Парентерально (инъекционно) так же вводились спазмолитические, противорвотные, обезболивающие, противоязвенные лекарственные средства в течении 5-7 дней, затем они применялись перорально до окончания срока стационарного лечения.

Лечение дивертикулита, осложненного свищем необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки, стабилизировать состояние пациента, и создать благоприятные условия для операции с формированием первичного анастомоза. Лечение данного заболевания только плановое оперативное.

Таким образом, мы выяснили, что консервативные мероприятия при остром дивертикулите и паракишечном инфильтрате эффективны в 100% случаев. Тем не менее, оказалось, что клинические проявления дивертикулярной болезни сохранялись в дальнейшем: в 65,8% случаев (34 из 52 прослеженных пациентов). Соблюдение лечебных рекомендаций, включающих прием пшеничных отрубей и спазмолитических препаратов не снижало вероятность повторного возникновения атак воспаления.

Это свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за всеми больными, перенесшими первый эпизод острого дивертикулита или паракишечного инфильтрата либо кровотечения, вероятнее всего, в ходе проведения консервативной терапии не устраняются причины возникновения осложнения, и сохраняется вероятность повторных воспалительных атак, что было обнаружено нами в 39,6% случаев (21 пациента) после эпизода острого дивертикулита.

Мы считаем это основанием для рекомендации планового хирургического лечения после второго эпизода острого дивертикулита.

Мы провели поиск критериев, позволяющих прогнозировать возникновение рецидива воспалительного процесса после эпизода ОД. При изучении клинической картины и данных инструментальных методов исследования при первой атаке острого дивертикулита и сравнении их с отдалёнными результатами лечения, нам удалось сформировать комплекс прогностически значимых критериев:

- Возникновение первого эпизода острого дивертикулита в возрасте до 60 лет;
- Наличие интенсивных болей при поступлении;
- Воспалительные изменения стенки ободочной кишки при пальпации и по данным дополнительных методов исследования;
- Преимущественная локализация дивертикулов в левых отделах ободочной кишки;
- Наличие рентгенологических признаков стойкого повышения тонуса в сигмовидной кишке (функциональный компонент);
- Рентгенологические признаки перенесенного воспалительного процесса в ободочной, выявляющиеся в дальнейшем при обследовании.

Если воспалительный процесс приобрёл непрерывно рецидивирующий характер, мы считаем, что наличие даже первой атаки острого воспалительного параколического инфильтрата может служить относительным показанием к плановому хирургическому лечению.

Не зависимо от этого, лечение дивертикулярного инфильтрата необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки и создать благоприятные условия для операции.

Выводы

1. Источник острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни во всех случаях локализовался в сигмовидной кишке.

2. Острый дивертикулит является ведущим среди других острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки и встречается у большинства больных - в 71,1% наблюдений.

3. Острый воспалительный паракишечный инфильтрат характеризуется распространением воспалительного процесса с дивертикула на окружающую клетчатку, органы и ткани и развивается у 5,3% больных.

4. Острый дивертикулит и острый воспалительный паракишечный инфильтрат являются осложнениями, при которых консервативная терапия позволяет добиваться эффекта в 100% случаев. Рецидив острого воспаления возникает в 40,0% наблюдений после лечения эпизода острого дивертикулита и у 65,0% больных после эпизода острого воспалительного паракишечного инфильтрата.

5. Повторный эпизод острого дивертикулита, толстокишечного кровотечения и первый эпизод острого воспалительного паракишечного инфильтрата являются показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения в объёме резекции поражённых дивертикулами отделов ободочной кишки.

6. Дивертикулит с наличием свища является показанием к плановому оперативному лечению.

7. Дивертикулит с перфорацией дивертикула местным перитонитом, формированием абсцесса являются абсолютными показаниями для оперативного лечения.

Литература

1. Воробьёв Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьёв [и др.]. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2001. - С. 294-308.

2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. - Ленинград: Медицина, 1978. - С. 150-163.

3. Тимербулатов В.М. Хирургическая тактика при остром дивертикулите ободочной кишки / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, В.М. Лопатин, С.Н. Афанасьев // Сов. Медицина. - 1989. - № 10. - С. 91-93.

4. Тимербулатов В.М. Лечебная тактика при дивертикулярной болезни толстой кишки / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, А.М. Меньшиков [и др.] // Хирургия. - 2000. - № 9. - С. 48-51.

5. Ambrosetti P. Sigmoid diverticulitis: when and to whom should an elective colectomy be offered? / P. Ambrosetti // Ann. Chir. - 2002. - Vol. 127(6). - P. 413-415.

6. Buchanan G.N. Diverticulitis / G.N. Buchanan, N.J. Kenefick, C.R. Cohen // Best Pract. Res Clin Gastroenterol. - 2002. - Vol. 16(4). - P. 635-647.

7. Chapman J.R. *Diverticulitis: A Progressive Disease?: Do Multiple Recurrences Predict Less Favorable Outcomes?* / J.R. Chapman, E.J. Dozois, B.G. Wolff [et al.] // *Annals of Surgery*. - Vol. 243(6). - P. 876-883.

8. Delvaux M. *Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention* / M. Delvaux // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2003. - Vol. 18 (Suppl. 3). - P. 71-74.

9. Fearnhead N.S. *Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease* / N.S Fearnhead, N.J. Mortensen // *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* - 2002. - Vol. 16(4). - P. 577-593.

10. Floch MH, White JA. *Management of diverticular disease is changing* / M.H. Floch, J.A. White // *World J. Gastroenterol.* - 2006. - Vol. 12(20). - P. 3225-3228.

11. Hoffmann R.M. *Diverticulosis and diverticulitis* / R.M. Hoffmann, W. Kruis // *Internist (Berl)*. - 2005. - Vol. 46 (6). - P. 671-683; quiz 684.

12. Jun S. *Epidemiology of diverticular disease* / S. Jun, N. Stollman // *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* - 2002. - Vol. 16(4). - P. 529-542.

13. *Longterm outcome of conservative treatment in patients with diverticulitis of the sigmoid colon* / M.H. Mueller, J. Glatzle, M.S. Kasperek [et al.] // *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. - 2005. - Vol. 17 (6). - P. 649-654.

14. Murray C.D. *Medical management of diverticular disease* / C.D. Murray, A.V. Emmanuel // *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* - 2002. - Vol. 16(4). - P. 611-620.

15. *Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis* / J.A. Simpson, K.R. Neal, J.H. Scholefield, R.C. Spiller // *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. - 2003. - Vol. 15(9). - P. 1005-1010.

16. *Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis – supporting documentation* / W.D. Wong, S. D. Wexner. A. Lowry [et al.] // *Dis. Colon Rectum*. - 2000. - Vol. 43(3) . - P. 289-297.

Резюме

Борота А.В., Ходырев В.Н., Кутенец А.С., Старцева Л.Н. *Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение.*

Приведены результаты обследования и лечения 78 пациентов, в период с 2013 по 2017 гг, перенесших дивертикулярную болезнь дистальной части толстой кишки. Дивертикулит дистальной части толстой кишки с перфорацией дивертикула, параколическим абсцессом, параколическим инфильтратом, толстокишечным кровотечением перенесли 22 пациента, в связи с чем им было выполнено оперативное пособие.

Выяснилось, что оперативное лечение в этих случаях эффективно у 100% больных. При этом оказалось, что них клинические проявления дивертикулярной болезни отсутствовали после оперативного пособия в 100% при наблюдении этой группы больных. Повторную операцию перенесли только стомированные пациенты. В этой связи, мы считаем, что наличие хоть одно-

го из осложнений дивертикулярной болезни (параколического инфильтрата, толстокишечного кровотечения, повторный эпизод острого дивертикулита и первый эпизод острого воспалительного паракишечного инфильтрата) являются показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения в объёме резекции поражённых дивертикулами отделов ободочной кишки. Наличие перфорации дивертикула, абсцесса являются показанием к абсолютному оперативному лечению

Ключевые слова: острый дивертикулит, ободочная кишка, паракишечный инфильтрат, дивертикулярная болезнь.

Summary

Borota A.V., Khodyrev V.N., Kutenets A.S., Startsev L.N. *Acute diverticulitis of the sigmoid colon: clinical presentation, diagnosis and treatment.*

The presents the results of the examination and treatment of 78 patients, in the period from 2013 to 2017, who had had diverticular disease of the distal colon. Diverticulitis of the distal part of the colon with perforation of the diverticulum, paracolic abscess, paracolic infiltration, and colonic bleeding suffered 22 patients, in connection with which they underwent surgery.

It was found that surgical treatment in these cases is effective in 100% of patients. At the same time, it turned out that there were no clinical manifestations of diverticular disease after a surgical benefit of 100% when observing this group of patients. Re-operation was performed only by stoma patients. In this regard, we believe that the presence of at least one of the complications of diverticular disease (paracolic infiltrate, colonic bleeding, a repeated episode of acute diverticulitis and the first episode of acute inflammatory para-intestinal infiltrate is an indication to recommend to the patient a planned surgical treatment in the resection volume of the affected diverticuli of the colon diverticuli. The presence of perforation of the diverticulum, abscess are indications for absolute surgical treatment

Keywords: acute diverticulitis, colon, para-intestinal infiltrate, diverticular disease.

Рецензент: д.мед.н., проф. И.И. Гаврилов

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В МИРНОЕ ВРЕМЯ И В ПЕРИОД ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИТА

**Е.М. Никонова¹, Я.П. Шатохина¹, С.И. Данченко²,
О.А. Пушкарский²**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»¹

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР²

Введение

На базе государственного учреждения «Луганская городская многопрофильная больница №3» Луганской народной республики (ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР) функционирует отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ), а также сосредоточены отделения, несущие urgentную службу: хирургическое, гинекологическое, родильное, терапевтическое и неврологическое. За время существования в мирное время отделение анестезиологии и интенсивной терапии выполняло огромную работу по оказанию плановой и неотложной помощи населению г. Луганска [1,2,4]. В задачи АОИТ входит: анестезиологическое обеспечение 175 коек хирургического и акушерско-гинекологического профиля. На 9 койках, с возможностью лабораторной диагностики, (при массовом поступлении, в чрезвычайных ситуациях, развертывается до 12 коек) проводится интенсивная терапия и реанимация больным с патологией, охватывающей почти все основные разделы клинической медицины [5,6,8,9]. Достижение и основной потенциал ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР – молодые специалисты, подготовленные в течении многих лет на базе ОАИТ и на кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи ГУ ЛНР «ЛГМУ имени Святителя Луки» [7]. В условиях современного вооруженного конфликта близость линии фронта, наличие специалистов и возможностей оказания неотложной помощи обусловили приоритет лечения раненых с мест ведения боевых действий и мирного населения [3].

Цель: представить опыт оказания неотложной медицинской помощи в многопрофильном учреждении условиях мирного времени и современного вооруженного конфликта.

Материал и методы исследования

Изменяющаяся военная и экономическая ситуация в Донбассе оказала влияние на работу анестезиологической службы ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР. Так, в мирном 2013 году было выполнено 1568 анестезиологических обеспечений оперативных вмешательств, из них 45,5% больных оперировано по urgentным показаниям. Выполнено 300 анестезиологических обеспечений плановых и экстренных оперативных вмешательств у беременных женщин в мирном 2013 году, что составило, 18,5% от общего количества оперативных вмешательств. В 2014-2015 годах, в связи с боевыми действиями и госпитализацией раненых, удельный вес пациентов, оперированных по неотложным показаниям, увеличился до 63,5%. Таким образом, в связи с эвакуацией населения и боевыми действиями в 2014-2015 годах наблюдалось уменьшение количества плановых операций и рост urgentных операций. С 2016 года в связи с устойчивой тенденцией возвращения населения, роста промышленного производства и снижением интенсивности боевых действий соотношение возвращается к довоенному периоду.

Существенное влияние на оказание плановой и неотложной помощи населению оказала и экономическая обстановка. Дефицит лекарственных средств, невозможность ремонта медицинского оборудования, коммунальные и многие другие проблемы стали следствием экономической и транспортной блокады Донбасса. Однако, благодаря гуманитарной помощи из Российской Федерации, самоотверженному труду персонала больницы, тесному сотрудничеству отделений различного профиля удалось сохранить основные показатели работы ОАИТ на довоенном уровне.

Полученные результаты и обсуждение

Имеющийся опыт позволяет внести коррективы в систему оказания неотложной помощи и выработать новые стандарты лечения в изменившейся экономической и политической ситуации, продолжить научные исследования и разработки в условиях многопрофильного учреждения.

Выводы

Возможности анестезиологической службы многопрофильного учреждения ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР с клиническими базами кафедр Луганского государственного медицинского университета позволяют оказывать пациентам плановую и неотложную медицинскую помощь в полном объеме при любых обстоятельствах.

Литература

1. Временный Основной Закон (Конституция) Луганской Народной Республики; Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» от 19.11.1992г. № 2801-ХП.
2. Закон Украины «Об экстренной медицинской помощи» от 05.07.2012г. № 5081-VI.
3. Интенсивная терапия: национальное руководство в 2т. / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- С.49.
4. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-507с.
5. Левит А.Л. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области в XXI веке. Проблемы решенные и нерешенные (часть 1) [электронный ресурс] / А.Л. Левит // Интенсивная терапия. - 2005. - №1. /Режим доступа: icj.ru.
6. Прасмыцкий О. Т. Организация и принципы работы отделения анестезиологии и реанимации: учеб.-метод. пособие / О. Т. Прасмыцкий, Р. Е. Ржеутская, Н. К. Иванович. – Минск: БГМУ, 2013. – 24 с.
7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 8 ноября 2010 г. N 1118 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 лечебное дело (квалификация (степень) «специалист»)». [Электронный ресурс] – Режим доступа. - URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgos/59/20110322141817.pdf>
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №388н от 20.06.2013г. «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
9. Сливин О. А. Показатели оценки деятельности отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ЦРБ / О. А. Сливин // Актуальные проблемы реформирования городского здравоохранения на современном этапе: Сб. научных трудов / Под ред. Проф. Н. И. Вишнякова и д. м. н. В. М. Тришина. - СПб, 2006. – С. 172-175.

Резюме

Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Данченко С.И., Пушкарский О.А. Анестезиологическая служба в условиях многопрофильного учреждения в мирное время и в период локального вооруженного конфликта.

В статье освещены основные направления деятельности отделения анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР по оказанию плановой и неотложной помощи населению г. Луганска. Также представлен анализ оказания неотложной медицинской помощи в многопрофильном учреждении в условиях мирного времени и современного вооруженного конфликта.

Приведены факторы, позволяющие внести коррективы в систему оказания неотложной помощи и выработать новые стандарты лечения в изменившейся экономической и политической ситуации.

Ключевые слова: многопрофильная больница, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, анестезиологическое обеспечение, плановая и неотложная помощь.

Summary

Nikonova E.M., Shatokhina Y.P., Danchenko S.V., Pushkarsky O.A. Anesthesiological service in the conditions of multi-profile institution in peaceful and modern armed conflict.

In the article basic directions of activity of separation of anesthesiology and intensive therapy of SE "Lugansk municipal multi-profile hospital №3» LPR are presented on providing of planned and emergency care to the population of Lugansk. The analysis of emergency medical response is presented in multi-profile institution in the conditions of peaceful and modern armed conflict. Factors that allow to correct the system of providing of the emergency care and produce the new standards of treatment in a changing economic and political situation are described.

Key words: multi-field hospital, separation of anesthesiology and intensive care, anesthetic management, planned and emergency care.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.Л. Победенный

ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница»

Вступление

По данным ВОЗ ежегодно в мире получают черепно-мозговую травму (ЧМТ) более чем 10 млн. людей, из них 200-300 тыс. погибают. В среднем, погибает 30-50% больных с тяжелой ЧМТ. В структуре погибших 59 % умирают на догоспитальном этапе и 41 % – в стационаре. Однако, среди тех, которые выжили, полное функциональное восстановление наблюдается очень редко [2, 7]. В патогенезе формирования расстройств и осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде ЧМТ средней тяжести – ушибов головного мозга наряду с изменениями биохимических показателей значительное внимание уделяют состоянию иммунной системы [3, 5]. Известно, что цитокины – это продукт активированных иммунокомпетентных клеток. Наибольшая активация их происходит в ранний период ЧМТ. Затем, даже в 7-10 летний период после перенесенной ЧМТ у пациентов, у которых сохранялись расстройства вегетативной нервной системы, в сыворотке крови наблюдались повышенными уровни провоспалительных интерлейкинов (IL)-1 β и IL-6. В связи с вышеизложенным, выявление нарушений иммунного и цитокинового статуса больных и их своевременная коррекция в послеоперационном периоде ЧМТ в условиях стационара может способствовать более эффективному восстановительному периоду и повысить качество жизни пациентов.

Цель работы – изучить состояние цитокинов сыворотки крови IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, γ интерферона (IFN) у больных ЧМТ средней тяжести в послеоперационном периоде.

Исследование выполнялось в соответствии с общим планом научно-исследовательских работ (НИР) ГЗ «Луганский государственный медицинский университет» и имеет № гос. регистрации 0110U003039.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 24 больных ЧМТ средней тяжести – ушибом головного мозга средней тяжести, осложненным гематомой разной локализации и величины, которая подлежала оперативному лечению. При поступлении в нейротравматологическое отделение ЧМТ была оценена как среднетяжелая по шкале ком Глазго (ШКГ) в $(9,3 \pm 0,7)$ баллов. Среди травмированных было 22 мужчин (91,7 %) и 2 женщины (8,3 %), средний возраст составлял $(32,3 \pm 2,6)$ лет. Диагностика ЧМТ и ее лечение соответствовали требованиям Протоколов оказания медицинской помощи при ЧМТ. Кровь больных исследовали сразу после проведенной операции и через 10 дней лечения в нейротравматологическом стационаре.

Состав исследуемых цитокинов сыворотки IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6 и γ -IFN изучали методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов фирмы "Протеиновый контур", ООО "Цитокин" (Россия, г. Санкт-Петербург), ООО «Укрмедсервис» (г. Донецк). Для выработки контрольных значений были обследованы 20 практически здоровых лиц в таком же возрастном и гендерном диапазоне.

Полученные результаты и их обсуждение

В начале лечения сразу после операции у больных ЧМТ содержание исследованных цитокинов в сыворотке крови отмечалось близким к значениям референтной нормы с тенденцией к возрастанию, за исключением повышенного IL-1 β и несущественно возросшего IL-4 (табл. 1).

Таблица 1

Динамика содержания цитокинов в сыворотке крови исследованных больных

Показатель	Показатель здоровых лиц (n=20)	I группа (n=24)	
		После операции	Через 10 дней лечения
IL-2, пг/мл	$9,5 \pm 0,7$	$11,1 \pm 1,3$	$26,9 \pm 2,1^{*)}$
IL-6, пг/мл	$55,3 \pm 13,1$	$66,3 \pm 12,7$	$139,6 \pm 13,5^{*)}$
γ -IFN, пг/мл	$13,4 \pm 2,1$	$18,4 \pm 2,7^*$	$55,9 \pm 3,4^{*)}$
IL-4, пг/мл	$47,3 \pm 5,1$	$78,3 \pm 4,2^*$	$70,4 \pm 3,7^*$
IL-1 β , пг/мл	$43,2 \pm 4,5$	$226,4 \pm 11,2^*$	$196,3 \pm 12,8^{*)}$
IL-1 β / IL-4	$0,91 \pm 0,04$	$2,89 \pm 0,2^*$	$2,79 \pm 0,3^*$

Примечания: * - $p < 0,05$ при сравнении с практически здоровыми лицами;
) - $p < 0,05$ при сравнении показателей в разные периоды наблюдения

Содержание IL-1 β в сыворотке крови, определенное сразу после оперативного вмешательства, наблюдалось повышенным в 5,24 раза ($p < 0,05$) от показателя нормы, было равно ($226,4 \pm 11,2$) пг/мл, что, очевидно, было связано с особенностями этого цитокина как «стартового» при любом воспалении. Концентрация IL-4 тоже повышалась до ($78,3 \pm 4,2$) пг/л, или в 1,66 раза от значений практически здоровых лиц ($p < 0,05$), что могло быть объяснено активацией противовоспалительных стимулов в ответ на растущие провоспалительные воздействия.

Через 10 дней после проведенного лечения содержание IL-1 β несколько снизилось, стало меньше в 1,15 раза от исходного ($p < 0,05$) и равнялось ($196,3 \pm 12,8$) пг/мл, но осталось достоверно выше референтной нормы в 4,54 раза. Содержание IL-2 после проведенного хирургического вмешательства по поводу ЧМТ и через 10 дней лечения наблюдалось повышение в 2,4 раза ($p < 0,05$) от начального до ($26,9 \pm 2,1$) пг/мл. Повышение концентрации IL-6 через 10 дней лечения отмечалось в 2,1 раза от исходного уровня ($p < 0,05$) и достигало ($139,6 \pm 13,5$) пг/мл.

Начальные значения содержания γ -IFN в сыворотке крови исследованных больных были выше референтных значений в 1,37 раза ($p < 0,05$). На фоне лечения происходило дальнейшее повышение концентрации γ -IFN до ($55,9 \pm 3,4$) пг/мл или в 4,2 раза ($p < 0,05$) от условной нормы и в три раза - от исходного значения.

При этом соотношение концентраций цитокинов с различным направлением действия в развитии воспалительного процесса - IL-1 β /IL-4 в начале наблюдения было в 3,18 раза выше аналогичного у практически здоровых лиц, а через 10 дней после проведенного лечения его динамика была незначительной: оно хотя и уменьшилось до ($2,79 \pm 0,3$), однако, продолжало быть достоверно выше такового у практически здоровых лиц в 3,06 раза ($p < 0,001$).

Таким образом, у пациентов с ЧМТ - ушибом головного мозга средней тяжести, осложненным гематомой, в период сразу после оперативного вмешательства в сыворотке крови отмечалось существенное повышение концентрации IL-1 β , незначительное - IL-4 при значительном возрастании их соотношения. Через 10 дней после проведения общепринятого лечения у пациентов наблюдался рост содержания в сыворотке крови IL-2, IL-6, γ -IFN. При этом концентрации IL-1 β и IL-4 и их соотношение уменьшались незначительно. Оставшиеся повышенными уровни IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-4 и γ -IFN

в сыворотке крови больных с перенесенной ЧМТ и через 10 дней после проведения консервативного лечения общепринятыми средствами создавали предпосылки для проведения иммунокоррекции.

Выводы

1. У пациентов с ЧМТ - ушибом головного мозга средней тяжести, осложненным гематомой, сразу после оперативного вмешательства в сыворотке крови отмечалось существенное повышение концентрации IL-1 β , незначительное - IL-4 при значительном росте их соотношения.

2. Через 10 дней после проведения общепринятого лечения у пациентов с ЧМТ наблюдалось возрастание содержания в сыворотке крови IL-2, IL-6, γ -IFN. При этом концентрации IL-1 β и IL-4 и их соотношение уменьшались незначительно, что создавало основания для проведения иммунокоррекции.

Литература

1. Герасимов М.М. Клинические и иммунопатологические особенности при черепно-мозговой травме различной степени выраженности / М.М. Герасимов, А.И. АбуСалех // Иммунология. – 2007. – № 3. – С. 182-183.
2. Ельский В.Н. Патофизиология, диагностика и интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы / В.Н. Ельский, А.М. Кардаш, Г.А. Городник // Под ред. В.И. Черный. – Д.: Изд-во, 2004. – 200 с.
3. Лісяний, М.І. Цитокіновий профіль у хворих з різним перебігом легкої повторної ЧМТ / М.І. Лісяний, М.В. Каджая // Імунологія та алергологія. – 2009. – № 2-3. – С.109-113.
4. Нейрофизиологический мониторинг интенсивной терапии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы / В.И. Черный, Г.А. Городник, А.М. Кардаш [и др.] // Медицина неотл. сост. – 2008. – № 2(15). – С.72-73.
5. Пичугина Л.В. Внутриклеточные цитокины: проблемы детекции и клиническое значение / Л.В. Пичугина, Б.В. Пинегин // Иммунология. – 2008. – № 1. – С. 55-63.
6. Depressed interleukin-12 –producing activity by monocytes with adverse clinical course and a shift toward Th2 type lymphocyte pattern in severely injured male trauma patients / Spolarics Z., Siddiqi M., Siegel JN.H. [et al.] // Crit. Care Med. – 2003. –Vol. 3, N 6. – P. 1722-1729.
7. Jimenez L. Lee. Traumatic brain injury and stroke / L. Jimenez Lee, F. Davis // Nutrition Support for the Critically III Patient: A Guide to Practice, 2004. – P. 529-540.

Резюме

Победенный А.Л. *Цитокиновый спектр сыворотки крови у пациентов с черепно-мозговой травмой в послеоперационном периоде.*

В статье рассматривается содержание про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови пациентов после оперативного вмешательства по поводу черепно-мозговой травмы через 2 недели традиционного лечения и лечения с применением иммунофана. После лечения с добавлением иммунофана были получены более позитивные результаты.

Ключевые слова: цитокины, иммунофан, пациенты с черепно-мозговой травмой.

Summary

Pobedonniy A.L. *Content of cytokine's in serum of the patients with traumatic brain injury.*

The content of main pro- and anti-inflammatory cytokine's in serum of the patients with traumatic brain injury immediately after surgical operation and 2 weeks later was studied at the article. Patients were divided on 2 groups: – who had traditional conservative treatment and to traditional conservative treatment was added immunophan. After treatment with immunofan were received more positive results.

Key words: cytokine's, immunophan, the patients with traumatic brain injury.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.В. Ивченко

**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ
У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЛЕГКОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ****А.Ю. Пустовой***ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»***Введение**

Травматическое повреждение головного мозга является актуальной медицинской и социальной проблемой. Черепно-мозговая травма – одна из главных причин смертности и инвалидизации населения, особенно молодых людей. Наиболее распространенной клинической формой ЧМТ является сотрясение головного мозга и ушиб головного I степени (легкая степень ЧМТ). Установлено что с возникновением черепно-мозговой травмы, в крови пострадавших увеличиваются концентрации простагландинов классов E₂, F_{2α}, а также концентрации простаглицина и тромбоксана. При этом происходит нарушение баланса в системах ПГЕ₂/ПГF_{2α} и 6-кето-ПГF_{1α}/TxV₂, который изменяется в динамике заболевания.

Целью данной работы является исследование изменений в системе сывороточных простагландинов, которые возникают при легкой черепно-мозговой травме (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга I степени), а также при общем состоянии травмированных легкой степени тяжести.

Материалы и методы исследования

Было проведено исследование уровня простагландинов у 101 пациента с легкой ЧМТ в различные временные периоды – при поступлении в стационар, на 5-й день пребывания в отделении и при выписке из стационара.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты исследования содержания простагландинов в сыворотке крови больных с легкой черепно-мозговой травмой представлены в таблице 1. Как следует из приведенных в таблице 1 данных, при поступлении травмированных в стационар все изучаемые показатели простагландиновой системы были изменены.

Более детальный анализ результатов исследования позволил отметить следующее.

Таблица 1

Содержание простагландинов в сыворотке крови больных с легкой черепно-мозговой травмой

Показатели нг/мл	Референтная норма n=48	При поступлении в стационар	На 5-й день пребывания в стационаре	При выписке из стационара
Лёгкая степень тяжести (n=101)				
ПГЕ2	1,6±0,08	1,95±0,09**	1,85±0,09*	1,72±0,08
ПГФ2α	0,9±0,05	1,05±0,05*	1,14±0,06**	0,96±0,05
ПГЕ2/ПГФ2α (y.e.)	1,78±0,09	1,86±0,09	1,62±0,08	1,79±0,09
6-кето-ПГФ1α	1,2±0,06	1,46±0,04***	1,37±0,04*	1,26±0,04
TxB2	0,7±0,04	0,79±0,03	0,86±0,04**	0,74±0,03
6-кето-ПГФ1α TxB2 (y.e.)	1,71±0,09	1,85±0,06	1,59±0,05	1,70±0,07

Примечание: в таблице 1-2 * - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001 по сравнению с аналогичным показателем референтной нормы.

Как оказалось, у пациентов с черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести, при поступлении их в стационар концентрация ПГЕ2 в сыворотке крови была в 1,22 раза выше показателя референтной нормы, а концентрация ПГФ2α – превышала таковую в 1,17 раза (p<0,01 и p<0,05, соответственно). Коэффициент ПГЕ2/ПГФ2α при этом составил в среднем 1,86±0,09 у. ед., против 1,78±0,09 у. ед. для референтной нормы (степень увеличения – 1,04 раза, что, однако, не являлось статистически достоверным и расценивалось, как тенденция к преобладанию продукции ПГЕ2 над продукцией ПГФ2α.

В целом, изменения продукции простагландинов в остром периоде травмы головного мозга выражались в преобладании простагландинов с вазодилататорными свойствами (ПГЕ2) над простагландинами с вазоконстрикторными свойствами (ПГФ2α).

Повторное исследование уровней простагландинов классов E2 и F2α через 5 дней пребывания пациентов в стационаре позволило выявить преобладание в сыворотке крови обследуемых концентраций ПГФ2α над концентрациями ПГЕ2, в связи с чем коэффициент ПГЕ2/ПГФ2α относительно показателя референтной нормы сни-

жался. Наряду с этим, происходило уменьшение содержания в сыворотке крови ПГЕ2, против его исходного уровня, а также дальнейшее увеличение содержания ПГФ2α. Указанные изменения свидетельствовали о том, что на 5-й день после возникновения черепно-мозговой травмы имеет место относительное преобладание простагландинов с вазоконстрикторными свойствами (ПГФ2α) над простагландинами с вазодилаторными свойствами.

Более детальный анализ полученных результатов исследования позволил отметить следующее. Как оказалось, на 5-й день пребывания в стационаре пациентов с черепно-мозговыми травмами лёгкой степени тяжести концентрация ПГЕ2 в сыворотке крови составила в среднем $1,85 \pm 0,09$ нг/мл, что оказалось выше показателя референтной нормы в 1,16 раза, но в 1,05 раза ниже исходного уровня данного простагландина ($p < 0,05$ и $p > 0,05$, соответственно).

В противоположность этому, концентрация ПГФ2α у данного контингента пациентов в указанной временной точке исследования составила в среднем $1,14 \pm 0,06$ нг/мл, что было выше показателя референтной нормы в 1,27 раза ($p < 0,01$), а также в 1,09 раза превышало исходный уровень ПГФ2α при поступлении этих больных в стационар ($p > 0,05$). Вследствие указанных изменений, коэффициент ПГЕ2/ПГФ2α для анализируемой группы пациентов составил в среднем $1,62 \pm 0,08$ у.ед., оказавшись ниже референтной нормы и аналогичного показателя при поступлении в стационар в 1,10 и в 1,15 раза, соответственно. Различие статистически достоверно только в последнем случае сравнения.

Возникновение травмы мозга сопровождалось также существенными нарушениями со стороны простаглантин-тромбоксановой системы (таблица 1). При этом направленность изменений в указанной системе менялась в динамике заболевания, а сами изменения по своей степени выраженности были неодинаковы, в зависимости от степени тяжести черепно-мозговой травмы.

Детальный анализ результатов исследования простаглантин-тромбоксановой системы у травмированных лиц позволил отметить следующее. Было установлено, что при черепно-мозговой травме лёгкой степени нарушения в указанной системе минимальны. А именно, при поступлении пострадавших в стационар наблюдалось существенное увеличение в сыворотке крови пациентов содержания 6-кето-ПГФ1α (стабильный метаболит простаглантина), уро-

вень которого в среднем составлял $1,46 \pm 0,04$ нг/мл, против $1,2 \pm 0,06$ нг/мл для референтной нормы (степень увеличения 1,22 раза ($p < 0,001$)). В тоже время, концентрация $T_x B_2$ (стабильный метаболит тромбксана) в этом же периоде патологического процесса имела тенденцию к увеличению, в связи с чем уровень $T_x B_2$ составил в среднем $0,79 \pm 0,03$, против $0,70 \pm 0,04$ нг/мл для референтной нормы (увеличение в 1,13 раза ($p > 0,05$)).

Указанные изменения вели к тому, что коэффициент 6-кето-ПГФ1 α / $T_x B_2$, характеризующий баланс в системе простаглицлин/тромбксан, при поступлении травмированных в стационар составлял в среднем $1,85 \pm 0,06$ у.ед., что было в 1,08 раза выше соответствующего показателя референтной нормы ($p > 0,05$), и свидетельствовало о тенденции к преобладанию простаглицлина над тромбксаном.

В целом, полученные результаты исследования свидетельствовали о том, что при черепно-мозговой травме, независимо от её тяжести, происходит накопление в крови простаглицлина и тромбксана, при относительном недостатке последнего. То есть, имеет место относительное преобладание концентрации соединения, обладающего вазодилаторными и антиагрегационными свойствами, над соединением с вазоконстрикторными и агрегационными свойствами.

Повторное исследование состояния простаглицлин-тромбксановой системы у пострадавших от черепно-мозговой травмы позволило отметить, что к 5-му дню пребывания пациентов в стационаре происходило снижение в их сыворотке крови 6-кето-ПГФ1 α и дальнейшее увеличение концентрации $T_x B_2$.

Более детальный анализ полученных результатов исследования позволил отметить следующее. Как оказалось, к 5-му дню пребывания в стационаре содержание 6-кето-ПГФ1 α в сыворотке крови пациентов черепно-мозговой травмой лёгкой степени составило в среднем $1,37 \pm 0,04$ нг/мл, что оставалось в 1,44 раза выше референтной нормы ($p < 0,05$), но было в 1,07 раза ниже своего исходного уровня при поступлении данных пациентов в стационар.

Изменения уровней $T_x B_2$ при этом оказались следующими. На 5-й день пребывания в стационаре концентрация $T_x B_2$ в сыворотке крови пациентов с черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести, составив $0,86 \pm 0,04$ нг/мл, увеличилось против своего исходного уровня при поступлении травмированных в стационар в 1,09 раза ($p > 0,05$), а также оказалась выше референтной нормы в 1,23 раза ($p < 0,01$).

Вследствие указанных изменений концентраций 6-кето-ПГФ1 α и T $_x$ B $_2$, коэффициент 6-кето-ПГФ1 α /T $_x$ B $_2$ на 5-й день пребывания наблюдаемых больных снижался. Более детальный анализ изменений баланса в системе простаглицлин тромбксан позволил отметить следующее. Как оказалось, к 5-му дню пребывания в стационаре пациентов с лёгкой черепно-мозговой травмой коэффициент 6-кето-ПГФ1 α /T $_x$ B $_2$ составил $1,59 \pm 0,05$ у.ед. (степень снижения относительно исходного его значения и референтной нормы – 1,16 и 1,08 раза, соответственно). Таким образом, к 5-му дню после возникновения черепно-мозговой травмы в крови больных происходит некоторое снижение содержания простаглицлина и дальнейшее увеличение содержания тромбксана.

К моменту ранней реконвалесценции (выписка из стационара) уровни изучаемых простаглицлинов сыворотки крови снижались, улучшался баланс в системах ПГЕ2/ПГФ2 α и 6-кето-ПГФ1 α /T $_x$ B $_2$.

Так при выписке из стационара уровни ПГЕ2, ПГФ2 α , 6-кето-ПГФ1 α и T $_x$ B $_2$ у реконвалесцентов после лёгкой черепно-мозговой травмы находились в пределах референтной нормы.

Результаты исследования концентрации различных классов простааноидов, в зависимости от клинической формы легкой ЧМТ, приведены в таблице 2.

Так, при поступлении в стационар указанных больных с сотрясением головного мозга, существенно повышенными в сыворотке крови оказались концентрации ПГЕ2 (в 1,14 раза) и 6-кето-ПГФ1 α (в 1,16 раза), что сопровождалось тенденцией к увеличению коэффициентов ПГЕ2/ПГФ2 α и 6-кето-ПГФ1 α /T $_x$ B $_2$. На 5-й день после черепно-мозговой травмы у этих же пациентов достоверно увеличенными были уровни ПГФ2 α (в 1,18 раза) и T $_x$ B $_2$ (в 1,17 раза), при тенденции к снижению уровней ПГЕ2 и 6-кето-ПГФ1 α , в связи с чем коэффициенты ПГЕ2/ПГФ2 α и 6-кето-ПГФ1 α /T $_x$ B $_2$, напротив, снижались относительно аналогичных показателей референтной нормы, однако, не существенно.

При выписке из стационара все изучаемые показатели простааноидов и балансы между ними нормализовались.

В остром периоде после возникновения ушиба головного мозга I-й степени (поступление в стационар) кратность увеличения ПГЕ2 составила 1,32 раза, ПГФ2 α – 1,24 раза, 6-кето-ПГФ1 α – 1,28 раза, а T $_x$ B $_2$ – 1,17 раза (во всех случаях сравнения различия статистичес-

ки достоверны). Коэффициенты ПГЕ2/ПГФ2α и 6-кето-ПГФ1α/Т_xВ₂ при этом увеличивались, но незначительно.

Таблица 2

Содержание простагландинов в сыворотке крови больных с легкой черепно-мозговой травмой

Показатели нг/мл	Референтная норма n=48	При поступлении в стационар	На 5-й день пребывания в стационаре	При выписке из стационара
Сотрясение головного мозга (n=68)				
ПГЕ2	1,6±0,08	1,83±0,07*	1,67±0,07	1,59±0,07
ПГФ2α	0,9±0,05	1,00±0,04	1,06±0,04*	0,92±0,05
ПГЕ2/ ПГФ2α (y.e.)	1,78±0,09	1,83±0,07	1,58±0,06	1,73±0,09
6-кето-ПГФ1α	1,2±0,06	1,39±0,06*	1,32±0,05	1,22±0,06
Т _x В ₂	0,7±0,04	0,75±0,04	0,82±0,03*	0,71±0,04
<u>6-кето-ПГФ1α</u> Т _x В ₂ (y.e.)	1,71±0,09	1,85±0,07	1,61±0,06	1,72±0,07
Ушиб головного мозга I-й степени (n=33)				
ПГЕ2	1,6±0,08	2,11±0,08***	2,03±0,08***	1,85±0,07*
ПГФ2α	0,9±0,05	1,12±0,05**	1,23±0,05***	1,00±0,05
ПГЕ2/ ПГФ2α (y.e.)	1,78±0,09	1,88±0,08	1,65±0,07	1,85±0,09
6-кето-ПГФ1α	1,2±0,06	1,53±0,06***	1,39±0,05*	1,31±0,06
Т _x В ₂	0,7±0,04	0,82±0,04*	0,91±0,04***	0,75±0,04
<u>6-кето-ПГФ1α</u> Т _x В ₂ (y.e.)	1,71±0,04	1,87±0,08	1,53±0,06	1,75±0,08

На 5-й день после возникновения ушиба головного мозга I-й степени концентрации ПГЕ2 и 6-кето-ПГФ1α, оставаясь выше референтной нормы, имели тенденцию к снижению, тогда как концентрации ПГФ2α и Т_xВ₂ прогрессивно возрастали и превышали аналогичные показатели референтной нормы в 1,37 и в 1,30 раза, соответственно. Во всех приведенных сопоставлениях различия статистически значимы. В тоже время, коэффициенты ПГЕ2/ПГФ2α и 6-кето-ПГФ1α/Т_xВ₂ у данного контингента пациентов снижались, как относительно референтной нормы, так и относительно их исходных значений при поступлении в стационар.

В периоде ранней реконвалесценции (выписка из стационара) существенно измененным оставался только уровень ПГЕ2, который

превышал референтную норму в 1,16 раза, тогда как все остальные изучаемые уровни простаноидов либо полностью нормализовались, либо имели выраженную тенденцию к нормализации.

Выводы

1. Возникновение черепно-мозговой травмы сопровождается увеличением в сыворотке крови травмированных людей количества простагландинов классов E2 и F2 α , а также простациклина и тромбксана. В остром периоде травмы имеет место преобладание содержания ПГЕ2 над ПГF2 α и 6-кето-ПГF1 α над T $_x$ B $_2$, которое в последующем сменяется преобладанием ПГF2 α над ПГЕ2 и T $_x$ B $_2$ над 6-кето-ПГF1 α . В периоде ранней реконвалесценции содержание ПГЕ2, ПГF2 α , а также простациклина и тромбксана снижается и улучшается баланс между ними.

2. Выявленные негативные сдвиги в простагландиновом статусе пострадавших от черепно-мозговой травмы являются основанием для разработки медикаментозного способа его коррекции.

Литература

1. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи / Е.Г. Педаченко, И.П. Шлапак, А.П. Гук, М.Н. Пилипенко. - К.: ЗАО "ВИ-ПОЛ", 2009. - 276 с.

2. Нейротравма: актуальные рекомендации / A.I.R. Maas, M. Dearden, F. Servadei [et al.] // Медицина неотложных состояний. - 2008. - №2(15). - С.132-140.

3. Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургия: руководство для врачей / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. - М.: Медицина, 2010. - 568 с.

4. Курсов С.В. Интенсивная терапия у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой / С.В. Курсов, Н.В. Лизогуб, С.Н. Скороплет // Медицина неотлож. состояний. - 2008. - №32(15). - С.44-49.

5. Черный В.И. Черепно-мозговая травма церебропротекция: нейромидин в аспекте доказательной медицины / В.И. Черный, Т.В. Островая, И.А. Андреева // Медицина неотлож. состояний. - 2008. - №2(15). - С.99-105.

6. Ельский В.Н. Патофизиология, диагностика и интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы / В.Н. Ельский, А.М. Кардаш, Г.А. Гордоник; под. ред. В.И.Черния. - Донецк: Изд-во ДГМУ, 2014. - 200 с.

7. Легкая закрытая черепно-мозговая травма / Курако Ю.Л., Букина В.В. - К.: Здоровье, 2009. - 160 с.

8. Черепно-мозговая травма / М.Г.Дралюк, Н.С.Дралюк - Ростов-на-Дону: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2016. - 192 с.

9. Клиническая неврология. В трех томах. – Т. III: Основы нейрохирургии / Под редакцией А.Н.Коновалова. – М.: Медицина, 2014. – 600 с.

10. Практическая нейрохирургия / Под ред. Б.В.Гайдара. – СПб.: Гиппократ, 2012. – 648 с.

11. Основы нейрохирургии / Э.Пастор – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 2015. – 278 с.

12. Second impact syndrome or cerebral swelling after sporting head injury / P. McCrory, G. Davis, M. Makdissi // Curr. Sports Med. Rep. – 2012. – Vol. 11(1). – P. 21-23.

13. Brain concussion / E.P. Pälvimäki, J. Siironen, J. Pohjola, J. Hernesniemi // Duodecim. – 2011. – Vol. 127(21). – P. 2303-2307.

14. Early and delayed CT findings in patients with mild-to-moderate head trauma / S. Dalbayrak, S. Gumustas, A. Bal, G. Akansel // Turk Neurosurg. – 2011. – Vol. 21(4). – P. 591-598.

15. Slovarp L. The effect of traumatic brain injury on sustained attention and working memory / L. Slovarp, T. Azuma, L.Lapointe // Brain Inj. – 2012. – Vol. 26(1). – P. 48-57.

Резюме

Пустовой А.Ю. Исследование уровня простагландинов у пациентов в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы.

Целью данной работы является исследование изменений в системе свороточных простагландинов, которые возникают при легкой черепно-мозговой травме (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга I степени). В процессе выполнения работы было проведено обследование 101 пациента с легкой ЧМТ в различные временные периоды. Было установлено, что возникновение черепно-мозговой травмы сопровождается увеличением в сыворотке крови травмированных людей количества простагландинов классов E2 и F2 α , а также простациклина и тромбоксана. В остром периоде травмы имеет место преобладание содержания ПГЕ2 над ПГF2 α и 6-кето-ПГF1 α над T \times B \times , которое в последующем сменяется преобладанием ПГF2 α над ПГЕ2 и T \times B \times над 6-кето-ПГF1 α . В периоде ранней реконвалесценции содержание ПГЕ2, ПГF2 α , а также простациклина и тромбоксана снижается и улучшается баланс между ними.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, простагландины, простациклин, тромбоксан.

Summary

Pustovoy A.Yu. Investigation of prostaglandins at patients in acute period of mild traumatic brain injury.

The goal of this work is investigation of prostaglandins changes, that occur at mild traumatic brain injury (TBI) (brain concussion, brain contusion of mild degree). We investigated 101 patients with mild TBI in different time periods. We have shown, that occurrence of TBI has resulted in elevation in patients serum of prostaglandins E2 and F2 α , prostacyclin and tromboxane. In acute period of trauma it was shown prevalence of PGE2 over Pgf2 α and prostacyclin over tromboxane, that afterwards has changed in prevalence of Pgf2 α over PGE2 and tromboxane over prostacyclin. In the period of early convalescence concentration of PGE2, Pgf2 α and prostacyclin, tromboxane was declining and improving their balance.

Key words: traumatic brain injury, prostaglandins, prostacyclin, tromboxane.

Рецензент: д.мед.н., проф. И.И. Гаврилов

**ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОСТОМИЯ
С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ
ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ
ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ**

А.В. Торба, Хусейн Ахмад Азаб, Ю.А. Провизион
*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Введение

Проблема купирования механической желтухи (МЖ) до настоящего времени остается сложной задачей, длительный холестаз и гипертензия в желчных протоках ведут к быстрому нарастанию печеночной недостаточности с развитием тяжелых осложнений (желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, энцефалопатия). Хирургические вмешательства у больных с механической желтухой, выполняемые по экстренным показаниям, в 54% наблюдений сопровождаются развитием осложнений [1], а летальность достигает 9,8%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции [2-4]. При существующем многообразии вариантов лечебной тактики придерживаются принципа снижения билирубинемии до оперативного вмешательства [5].

Злокачественные опухоли БПДЗ встречаются с частотой 9-10 на 100000 населения и составляют до 15% всех новообразований ЖКТ и имеют тенденцию к росту [6-8]. В 75-95% случаев течение злокачественных заболеваний БПДЗ осложняется развитием синдрома МЖ, что свидетельствует о запущенности и распространенности процесса. Зачастую механическая желтуха является первым клиническим симптомом болезни [9-10].

Материал и методы исследования

В ходе нашего исследования обобщены и проанализированы результаты лечения 108 пациентов. Исследование охватывает период с 2015 по 2018 год. По периоду госпитализации нами исследованы: в 2015 году 16 пациентов, в 2016 году 36 пациентов, 46 в 2017 году и 10 пациентов в 2018 году. Возраст пациентов составил

от 23 до 93 лет. Данные по возрастной и половой принадлежности пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по полу и возрасту

Возраст, лет	25-30	31-40	41-50	51-60	61-70	более 70
Количество больных (%)	2 (2,2)	7 (7,6)	17 (18,5)	29 (31,5)	26 (28,3)	11 (12,0)
Мужчин / женщин	0/2	1/6	4/13	10/19	9/17	2/9

Одним из главных синдромов при поступлении был болевой, в связи с которым, больные обращались в медицинские учреждения. Данный синдром выявлен у 80% пациентов, зачастую боли носили приступообразный характер с локализацией в эпигастрии и правом подреберье, иногда с иррадиацией в поясницу, в правую лопатку и имели опоясывающий характер. В 65% случаев, пациенты имели желтушность кожных покровов и склер. Ахоличный стул отмечался у 22%, темная моча у 41% пациентов.

В нашем исследовании перкутанные пункционные методы диагностики с целью холангиографии мы сочетали с лечебными, путем установки дренажа для декомпрессии и санации желчевыводящих путей. Чрескожная чреспеченочная холангиография позволяет определить уровень блока, имеет очень высокую эффективность.

Для пункции и дренирования использовались катетеры и дренажные системы фирмы "Cook", которая выпускают медицинские изделия для дренирования полостных образований. Дренажи устанавливали по методике Сельдингера и по методике стилет-катетера в 30 случаях. При установке холангиостомы, использовались дренажи типа "свиной хвост" с переменным диаметром 7/9 СН или постоянным диаметром 9 СН изготовленные из полиэтилена или полиуретана с рентгеноконтрастными метками. При установке дренажа по Сельдингеру дополнительно использовали пункционные иглы 19G (1,2 мм) длиной 20 см, прямой проводник 0,035 дюйма и набор фасциальных бужей.

Полученные результаты и их обсуждение

При антеградном дренировании желчевыведительных путей АСТ быстро снижался. Если при поступлении уровень АСТ в среднем составил 161 ± 20 Ед/л, то уже на первые сутки после установки анте-

градного дренажа, значение данного фермента равнялось в среднем 110 ± 13 Ед/л. На пятые сутки отмечалось достоверное снижение данного показателя 63 ± 7 Ед/л, и на десятые сутки 54 ± 5 Ед/л ($p < 0,001$).

По данным УЗИ у группы пациентов, которым применялось антеградное дренирование ЖВП при поступлении диаметр общего желчного протока равнялся, в среднем, $14,1 \pm 1,2$ мм.

На первые сутки после установки ЧЧХС диаметр ОЖП составил $10,3 \pm 0,8$ мм. На пятые сутки наступало статистически достоверное снижение данного показателя, в среднем, до $8,9 \pm 0,6$ мм ($p < 0,005$) и на десятые сутки $7,7 \pm 0,4$ мм ($p < 0,001$).

У группы пациентов при ЧЧХС под УЗИ-контролем при злокачественной этиологии холестаза в интра и послеоперационном периоде осложнений в виде внутрибрюшных кровотечений, гемобилии, холангита и холангиогенного сепсиса, миграции дренажа, в том числе, его выпадений в период госпитализации не отмечено.

Значительное улучшение клинического состояния больных обычно наступало на 10–12-е сутки дренирования. У большинства больных с механической желтухой, вызванной ростом злокачественной опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, существенное улучшение клинического состояния происходило к 14–16-м суткам желчеотведения. В целом, декомпрессия при механической желтухе позволила улучшить клиническое состояние у 81,2% больных. При наличии холангита чрескожное желчеотведение позволило устранить проявление гнойной интоксикации у 71,5% больных в течение 4–6 суток. При этом стойкое улучшение состояния наступало, в основном, через две недели после начала дренирования.

Осложнения декомпрессионных вмешательств были отмечены нами в 17,4% случаев. У больных с опухолевой желтухой тяжелые осложнения встречались на 46,1% чаще. Среди ранних осложнений преобладали геморрагические осложнения – 11,2% от всех осложнений данного периода, в том числе, 2 тяжелых. В ближайшем послеоперационном периоде преобладали геморрагические, гнойные и гнойно-геморрагические осложнения.

На результаты лечения и уровень летальности значительное влияние оказывали тяжесть состояния больных до начала декомпрессии, длительность желтухи, уровень билирубинемии, наличие холангита.

Средняя продолжительность жизни прослежена нами у 22 больных. При наружном желчеотведении, которое мы применяли

у больных со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы и желчных протоков, средняя продолжительность жизни составила 7,2 месяца. Наибольшая продолжительность жизни была отмечена у больных с опухолями желчного пузыря и метастатическим поражением ворот печени. Выполнение на втором этапе лечения эндопротезирования желчных протоков у отдельных больных увеличивало продолжительность жизни до 9–11 месяцев.

Летальный исход в ранние сроки пациентов со злокачественной патологией БПДЗ, которым выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование ЖВП, отмечен в 2-х случаях (1,85%).

1. Один пациент с диагнозом рак головки ПЖ 4 стадии, поступил в крайне тяжелом состоянии с уровнем гемоглобина 16 г/л. В экстренном порядке установлена чрескожная чреспеченочная холангиостома. Переведен в отделение реанимации. Несмотря на проведение интенсивной терапии, пациент умер в течение суток после госпитализации. Причина смерти прогрессирующая раковая интоксикация и полиорганная недостаточность.

2. Второй пациент поступил с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. При поступлении в экстренном порядке выполнено ЭГДС. Обнаружены признаки состоявшегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ. На третьи сутки после стабилизации состояния в отсроченном порядке установлена чрескожная чреспеченочная холангиостома под УЗ и рентгеноскопическим контролем. В ходе лечения отмечалась положительная динамика со снижением уровня билирубинемии и печеночных ферментов, устранения признаков холестаза. В позднем послеоперационном периоде на 13 сутки госпитализации у пациента рецидив кровотечения из верхних отделов ЖКТ, персистирующего сосуда желудка. Причина смерти желудочно-кишечное кровотечение.

Выводы

1. Применение ультразвукового наведения не только позволяет четко визуализировать внутрипеченочные желчные протоки, но и сразу же направить иглу в просвет нужного протока, а также предотвратить ранение крупных кровеносных сосудов.

2. Желчеотведение при механической желтухе позволяет улучшить клиническое состояние у 81,2% больных. При наличии холангита чрескожное желчеотведение приводит к устранению проявления гнойной интоксикации у 71,5% больных в течение 4–6 суток.

При этом стойкое улучшение состояния наступает в основном через 2 недели после начала дренирования.

Литература

1. *Outcomes of a physician-controlled wire-guided cannulation of the bile duct using a novel sphincterotome: a single-center, prospective study / Koichiro Mandai, Koji Uno, Yuki Ueda, Yusuke Okada, Kenjiro Yasuda // Gastroenterology Res. – 2018. – Vol. 11(1). – P. 36–40.*
2. *Antireflux metal stent for initial treatment of malignant distal biliary obstruction / Shinichi Morita, Yasuaki Arai, Shunsuke Sugawara [et al.] // Gastroenterol Res Pract. – 2018: 3805173. – Published online 2018 Jan 31. – doi: 10.1155/2018/3805173*
3. *Percutaneous transhepatic self-expanding metallic stent placement for the treatment of malignant afferent loop obstruction / Naruomi Jinno, Itaru Naitoh, Yoshihito Nagura, [et al.] // Intern. Med. – 2018. – Vol. 57(3). – P. 333–337.*
4. *Interventional radiofrequency ablation: A promising therapeutic modality in the management of malignant biliary and pancreatic duct obstruction / M. Mizandari, J. Kumar, M. Pai, [et al.] // J. Cancer. – 2018. – Vol. 9(4). – P. 629–637.*
5. *Judith E. Baars. EUS-guided biliary drainage: A comprehensive review of the literature / Judith E. Baars, Arthur J. Kaffes, Payal Saxena // Endosc. Ultrasound. – 2018. – Vol. 7 (1). – P. 4–9.*
6. *Locoregional therapies in cholangiocarcinoma / Peter L. Labib, Brian R. Davidson, Ricky A. Sharma, Stephen P Pereira // Hepat Oncol. – 2017. – Vol. 4(4). – P. 99–109.*
7. *38th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine: Brussels, Belgium. 20-23 March 2018 // Crit. Care. – 2018. – Vol. 22 (Suppl 1). – 82 p.*
8. *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus endoscopic ultrasound for tissue diagnosis of malignant biliary stricture: Systematic review and meta-analysis / Diogo Turiani Hourneaux De Moura, Eduardo Guimarães Hourneaux De Moura, Wanderlei Marques Bernardo, [et al.] // Endosc. Ultrasound. – 2018. – Vol. 7(1). – P. 10–19.*
9. *Therapeutic EUS: Biliary drainage - The interventional radiologist's perspective / Francesco De Cobelli, Paolo Marra, Pietro Diana, [et al.] // Endosc. Ultrasound. – 2017. – Vol. 6 (Suppl 3). – S127–S131.*
10. *Present status and perspectives of endosonography 2017 in gastroenterology / Michael Hocke, Barbara Braden, Christian Jenssen, Christoph F. Dietrich // Korean J. Intern. Med. – 2018. – Vol. 33(1). – P. 36–63.*

Резюме

Торба А.В., Хусейн Ахмад Азаб, Провизион Ю.А. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия с ультразвуковым контролем при неоперабельных опухолях панкреато-билиарной зоны.

Несмотря на многочисленные исследования по чрескожному печеночному желчному дренажу (ЧПЖД), нет удовлетворительных сообщений о ЧПЖД при злокачественных опухолях панкреато-дуоденальной зоны как причины механической желтух. Мы провели ЧПЖД с использованием прямого переднего подхода с ультразвуковым наведением у 150 пациентов со злокачественной механической желтухой. ЧПЖД был успешным в 100% случаев без внутрипроцедурной летальности или критических осложнений, а эффект декомпрессии желчного пузыря после дренирования был весьма удовлетворительным. Летальный исход в ранние сроки пациентов со злокачественной патологией БПДЗ, которым выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование ЖВП, отмечен в 2-х случаях (5,45%). Таким образом, селективный билиарный дренаж с ультразвуковой навигацией позволяет четко визуализировать внутрипеченочные желчные протоки, и направлять пункционную иглу в просвет нужного протока без ранения крупных кровеносных сосудов.

Ключевые слова: дренаж желчных протоков, механическая желтуха, злокачественные опухоли, чрескожный чреспеченочный дренаж

Summary

Torba A.V., Hussein Ahmad Azab, Provision Yu.A. *Percutaneous transhepatic cholangiostomy with ultrasound guidance for inoperable tumors of the pancreato-biliary zone.*

Despite numerous studies on percutaneous hepatic biliary drainage (PTBD), there are no satisfactory reports on PTBD for malignant tumors of the pancreato-duodenal zone as a cause of mechanical jaundice. We performed the PTBD using an anterior approach controlled by ultrasound guidance in 150 patients with malignant mechanical jaundice. PTBDs were successful in 100% of cases without intra-procedural mortality or critical complications, and the effect of decompression of the bile system after drainage was very satisfactory. Lethal outcome in early periods of patients with malignant pathology of pancreato-biliary zone, with which percutaneous transhepatic drainage was performed, was noted in 2 cases (5.45%). Thus, selective biliary drainage with ultrasound navigation permits to clearly visualize the intrahepatic bile ducts, and navigate the puncture needle into the lumen of the desired bile duct without injuring large blood vessels.

Key words: biliary drainage, obstructive jaundice, malignant tumours, percutaneous transhepatic biliary drainage.

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

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

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СОСТОЯНИИ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ****Б.А. Безкаравайный, Е.Ю. Сероштан***ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Состояние здоровья молодого поколения в нашей стране на сегодняшний день представляет собой серьезную государственную проблему, от решения которой во многом зависит будущее страны. Как известно, позитивное развитие цивилизованного общества возможно только при условии сохранения высокого уровня здоровья детей и подростков [1]. Здоровье ребенка – это достижение оптимального уровня физического, нервно-психического и интеллектуального развития; достаточная функциональная и социальная адаптация, а также высокая степень сопротивляемости [2]. По данным официальной статистики, в последние годы отмечается стойкая тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста. НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН выделяет среди особенностей негативных изменений здоровья детей за последние годы такие как: значительное снижение числа абсолютно здоровых детей (среди учащихся их число не превышает 10-12%); стремительный рост числа функциональных нарушений увеличилась в 1,5 раза, хронических болезней – в 2 раза, половина школьников 7-9 лет и более 60% старшеклассников имеют хронические болезни); изменения структуры хронической патологии (в 2 раза увеличилась доля диагностируемых болезней органов пищеварения, в 4 раза опорно-двигательного аппарата: сколиоз, остеохондроз, осложненные формы плоскостопия; в три раза – болезни почек и мочевыводящих путей); увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов (школьники 7-8 лет имеют в среднем 2 диагноза, 10-11 лет – 3 диагноза, 16-17 лет – 3-4 диагноза, а 20% старшеклассников-подростков имеют в анамнезе 5 и более функциональных нарушений и хронических заболеваний) [3, 4]. Как отмечает Зайцев Г.К., приведенные цифры не могут считаться достаточно точными, так как основываются на офици-

альной статистики обращаемости. Истинную картину состояния здоровья способны дать лишь комплексные медицинские осмотры с использованием современных методов диагностики и математической обработки полученных результатов [5].

В декларации по охране здоровья школьников в Европе (Дубровник, Хорватия, 2005) отмечено, что болезни в детском и подростковом возрасте в Европейском регионе изменились. Социальные изменения привели к новым проблемам в состоянии здоровья школьников, обусловленным питанием (избыточная масса тела, нарушение обмена веществ и др.), а также повсеместными стали нарушения осанки, близорукость, неврастения, патология эндокринной системы [6, 7]. Установлено, что детерминанты образования и здоровья школьников взаимосвязаны. Выявлены типичные причины, провоцирующие снижение уровня их здоровья в процессе обучения [8]. Реорганизация системы образования, сопровождающаяся интенсификацией учебного процесса и увеличением потока информации, следствием которых являются высокая утомляемость и высокая физиологическая стоимость школьных нагрузок, вносят существенный вклад в снижение уровня здоровья школьников [9, 10]. Анализ состояния здоровья детей организованных коллективов г. Владивосток показал прослеживание негативной тенденции в ухудшении ряда показателей, характеризующих состояние здоровья детей разных возрастов. Количество детей-дошкольников, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, за последние 6 лет уменьшилось на 24% и составило всего 13% от общего числа детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, а с 3 и 4 группой увеличилось в 2 раза и составило 11%. При этом прослеживается четкая тенденция снижения удельного веса детей с I группой здоровья от начальной школы к старшим классам и одновременное увеличение количества детей с III – IV группами здоровья. Школьников, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, за этот же период, уменьшилось на 61% и составило всего 8,3% от общего числа учащихся, а с 3 и 4 группой возросло на 92% и составило 21,5% [11].

При этом тревогу вызывает не только физиологическое, но и психическое здоровье школьников: только 35% выпускников можно считать психически здоровыми [12, 13]. Медицинские психологи считают обучение зоной опасности для психического здоровья. В частности, многочисленные исследования А.И. Захарова (Захаров

А.И., 2004) свидетельствуют о том, что число страхов, а затем и невротических страхов, связанных со школой, наблюдаются у учеников начиная с 1 класса и заканчивая выпускными. Ведущая медико-социальная проблема века – психосоматические заболевания детей. Неуклонно возрастает число детей, страдающих бронхиальной астмой и сахарным диабетом, заболеваниями ЖКТ и желчного пузыря, расстройствами со стороны сердечно-сосудистой системы, нейродермитом и т.д. Роль психологических факторов в развитии этих болезней считается доказанной [14, 15].

Мониторинг состояния здоровья детей свидетельствуют, что уже на дошкольном этапе численность практически здоровых детей не превышает 10%, у значительной части обследованных детей (70%) имеются множественные функциональные нарушения. При этом первое место занимают отклонения со стороны костно-мышечной системы (нарушения осанки, уплощенные стопы, последствия перенесенного рахита). На втором ранговом месте находятся нарушения со стороны органов пищеварения (кариес, функциональное расстройство билиарного тракта), диагностируются более чем у половины детей. У многих дошкольников регистрируются отклонения со стороны системы кровообращения (систолический шум, нарушение сердечного ритма, тенденции к гипотонии), заболевания ЛОР-органов. Отмечены негативные тенденции роста распространенности нарушений нервно-психического здоровья, а также значительное возрастание аллергопатологии. Среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения в возрасте до 7 лет, в 13,5% случаев выявляются отклонения в физическом развитии (дефицит массы тела или ее избыточность, низкорослость) [16].

Ни для кого не секрет, что осанка играет важную роль в жизнедеятельности человека, будучи необходимой для нормального функционирования жизнеобеспечивающих систем организма и способствуя рациональному использованию механических свойств опорно-двигательного аппарата. Осанка – это комплексный показатель здоровья младшего школьника, и какие-либо незначительные нарушения способны привести к тяжелым последствиям. Т.К. Калб определяет осанку как привычное положение тела непринужденно стоящего человека. Осанка регулируется рефлексамии позы, отражая как физическое, так и психическое состояние человека, являясь одним из показателей здоровья. Осанка может быть обуслов-

лена наследственностью, но у детей на ее формирование влияют в большей степени факторы внешней среды [17].

Нарушение осанки чаще всего появляется в школьном возрасте, особенно в периоды ускоренного роста скелета детей но, поскольку сегодняшнее поколение детей много времени проводит у телевизора и компьютера, осанка у детей ухудшается уже в дошкольном возрасте [18, 19]. Нарушение осанки – это не болезнь, но ребенок с нарушенной осанкой находится в группе риска по развитию ортопедической патологии позвоночника, заболеваний органов дыхания, пищеварения, развитию астено - невротических состояний. Положение усугубляется отсутствием у большинства детей интереса к физической культуре [20, 21]. Нередко такие дети пассивны на уроках, они не в состоянии выполнять элементарные упражнения, избегают физических нагрузок, не проявляют настойчивость в достижении результатов, необходимых для оптимального функционирования всех систем организма [22]. В связи с этим, актуальной остается задача активации физической активности таких детей, что вызывает необходимость совершенствования процесса физического воспитания детей, разработки и внедрения новых подходов и технологии работы с ними [23, 24].

Одно из ведущих мест в патологии опорно-двигательного аппарата занимает плоскостопие (от 30% до 70% всех деформаций стоп) [25]. Наиболее интенсивно формирование сводов стопы идет в первые 7 лет. Далее критическими для сохранения формы и функции стоп являются периоды ускоренного роста ребенка, приходящиеся на школьные годы, и наступающие в результате гормональных перестроек в организме [26]. Уплотнение стопы влияет на положение таза и позвоночника, что ведет к нарушению осанки [27]. На сегодняшний день причины возникновения и механизмы развития плоскостопия и плосковальгусной стопы у детей изучены недостаточно. Существует множество теорий относительно возникновения данной патологии, каждая из которых имеет право на существование. Однако единая теоретическая база, характеризующая данные статодинамические нарушения, пока еще не сформирована [28, 29]. В связи с ухудшением физического развития высок процент школьников с нарушениями телосложения, осанки, свода стопы. По статистике, у 60-70% детей именно плоскостопие является причиной искривления позвоночника и других

серьезных нарушений осанки [30]. Одним из многих факторов, влияющих на состояние здоровья и работоспособность растущего организма, является двигательная активность. Следует отметить, что двигательная активность оказывает положительное влияние не только на здоровье детей, но и на их общее развитие. Следовательно, интенсивность физического развития детей, их здоровье напрямую зависит от двигательной активности [31, 32].

Низкий уровень состояния здоровья детей и негативная тенденция его изменения в настоящее время свидетельствует о серьезном неблагополучии, которое может привести к существенным ограничениям в реализации ими в будущем биологических и социальных функций [33, 34]. Адаптационный потенциал у учащихся всех классов начальной школы ухудшается к концу учебного года, что связано с утомлением и снижением адаптационных способностей, наиболее выраженные отрицательные изменения его наблюдаются в 4 классе [35, 36]. Многочисленными исследованиями ученых доказано, что с поступлением в школу общая двигательная активность ребенка падает во много раз. В существующей же традиционной практике школьного обучения ей отводится лишь 10-18% общего бюджета времени. В результате у детей извращаются физиологические реакции, снижается жизненный тонус, быстрее наступает утомление. Уроки физического воспитания в школе не могут полностью компенсировать дефицит движений. К тому же, расширение двигательной активности путем введения специальных «физкультминуток» вносит существенный дисбаланс в собственно педагогический процесс, снижая сосредоточенность, ослабляя дисциплину [37].

Здоровье и обучение взаимосвязаны и взаимообусловлены: чем крепче здоровье, тем продуктивнее обучение, иначе конечная цель обучения утрачивает подлинный смысл и ценность [38]. В период обучения в школе организм ребенка способен чутко реагировать как на неблагоприятные, ухудшающие здоровье факторы, так и на благоприятные, оздоравливающие. И это время нельзя упустить для закрепления того уровня здоровья, который необходимо обеспечить каждому ребенку, поскольку уровень здоровья формируется и окончательно складывается именно в школе. В этих условиях внедрение в практику обучения и воспитания здоровьесберегающих технологий является одним из эффективных средств, с помощью которых можно предотвратить ряд социальных проблем и недостатков в обес-

печении уровня здоровья школьников [39, 40, 41]. Цель здоровьесберегающих образовательных технологий обучения – обеспечить школьнику возможность сохранения здоровья за период обучения в школе, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, научить использовать полученные знания в повседневной жизни [42, 43]. Основным показателем, отличающим все здоровьесберегающие образовательные технологии – регулярная экспресс-диагностика состояния учащихся и отслеживание основных параметров развития организма в динамике (начало – конец учебного года), что позволяет сделать соответствующие выводы о состоянии здоровья учащихся [44].

В настоящее время отсутствуют данные о комплексной оценке физического и психического здоровья детей начальной школы в Луганской Народной Республике, не разработана научно-методическая база по здоровьесберегающим технологиям. В связи с этим, актуальным является разработка и внедрение здоровьесберегающей технологии в образовательную деятельность школ г. Луганска, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

Литература

1. Хакунов Р.Н. Влияние социальных факторов на психическое здоровье молодежи / Р.Н.Хакунов // Вестник Майкопского государственного университета. – 2013 [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/vliyanie-sotsialnyh-faktorov-na-psihicheskoe-zdorovie-molodezhi> (дата обращения 18.02.2018).
2. Поляшова Н.Н. Адаптационный потенциал младших школьников и его взаимосвязь с параметрами физического развития/ Н.Н. Поляшова, А.Г. Соловьева, И.А. Новикова // Экология и человек. – 2008. – №2. – С. 34-38.
3. Пешкова Н.Н. Внедрение здоровьесберегающей технологии В.Ф. Базарного в условиях общеобразовательной школы / Н.Н. Пешкова [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://gigabaza.ru/doc/25915.html> (дата обращения 21.03.2018).
4. Копейкина Н.А. Проблемы сохранения здоровья школьников / Н.А. Копейкина // Проблемы развития территории. – 2012. – №4(60). – С. 44-52.
5. Волобуева Н.А. Адаптация к школе учащихся начальных классов при разных программах и технологиях обучения: Автореф. дис.... канд. пед. Наук / Н.А. Волобуева. - Новосибирск, 2009. - 25 с.
6. Маркова А.И. Школы здоровья и здоровье школьников (аналитический обзор) / И.А. Маркова // Гигиена и санитария. – 2013. – №3. – С. 60-66.
7. Здоровье сельских школьников в современных экологических и социальных условиях / Н.В. Жулин [и др.] // Современные научные исследования

ния и инновации. – 2014. – №7 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2014/07/36978> (дата обращения 01.03.2018).

8. Кучма В.Р. Гигиенически проблемы школьных инноваций / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, М.И. Степанова. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН. 2009. – 240 с.

9. Вирабова А.Р. Управление развитием здоровьесберегающей среды в школе на ресурсной основе / А.Р. Вирабова // Педагогическое образование и наука. – 2008. – №1. – С. 84-89.

10. Макарова Л.П. Актуальные проблемы формирования здоровья школьников / Л.П. Макарова, А.В.Соловьева, Л.И. Сыроммятникова // Молодой ученый. – 2013. – №2. – С. 494-496.

11. Полякова М.В. Состояние здоровья детей организованных коллективов Владивостока / М.В. Полякова, В.Г. Смогунов // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2014. – №4(58). – С. 100-102.

12. Рожкова Т.Н. Психологическое здоровье школьников // [Электронный ресурс] / Н.Т.Рожкова URL: <https://nsportal.ru/shkola/vneklassnaya-rabota/library/2015/03/15/psikhologicheskoe-zdorove-shkolnikov> (дата обращения 04. 04.2018).

13. Галактионова М.Ю. Физическое развитие современных подростков / М.Ю. Галактионова, А.Л. Рахимова // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2013. – №1(52). – С. 34-38.

14. Зарытовская Н.В. Психологическое здоровье школьников старших классов [Электронный ресурс] / Н.В. Зарытовская, А.С. Калмыкова, Н.А. Федько // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25665> (дата обращения 13.03.2018).

15. Хухлаева О.В. Формирование психологического здоровья младших школьников: дис....д-ра пед. наук / О.В. Хухлаева. – Москва, 2001. – 299 с.

16. Параничева Т.М. Динамика состояния здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста / Т.М. Параничева, Е.В. Тюрина [Электронный ресурс] // Здоровье и физическое развитие. – 2012. – С. 68-78. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/dinamika-sostoyaniya-zdorovya-detey-doshkolnogo-i-mladshego-shkolnogo-vozrasta> (дата обращения 10.03.2018).

17. Макарова Ю.В. Профилактика нарушений осанки у детей младшего школьного возраста / Ю.В. Макарова // Педагогическое мастерство: материалы IX Международной научной конференции (Москва, нояб. 2016 г.). – Москва, 2016. – С. 183-185.

18. Цыбикжапова М.В. Нарушения осанки у детей в современной школе / М.В. Цыбикжапова России (Москва 6-9 февр. 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 628- 629.

19. Батришин И.Т. Структура нарушений осанки у школьников г.

20. Нижневартовска / И.Т. Батришин // Гений Ортопедии. – 2010. – №3. – С. 60-64.

21. О мерах по дальнейшему развитию физической культуры и спорта в Российской Федерации // *Федеральный выпуск: материалы совместного заседания президиума Государственного совета и Совета при Президенте по развитию физической культуры и спорта* (Москва 14 окт. 2008 г.). Москва, 2008г. - №4772.

22. Левин А.В. Этиология и классификация нарушений осанки / А.В. Левин, А.Д. Вихулова // *Ярославский педагогический вестник*. - 2013. - Том III, №4. - С. 178-181.

23. Эммануилиди Э.П. Методика коррекции нарушения осанки у детей младшего школьного возраста / И.П. Эммануилиди // *Вестник Ставропольского государственного университета*. - 2007. - №50. - С. 90-94.

24. Горбунова Т.А. Нарушение осанки у детей младшего школьного возраста. Методы профилактики и коррекции нарушения осанки средствами физической культуры / Т.А. Горбунова // *Инновационная наука*. - 2016. - №7-8. - С. 125-126.

25. Левин А.В. Негативные проявления нарушений осанки на организм школьника / А.В. Левин, А.Д. Вихулов // *Ярославский педагогический вестник*. - 2013. - Том III, №4. - С. 182-184.

26. Егорова С.А. Новый взгляд на причины плоскостопия и его профилактику средствами физической культуры / С.А. Егорова, В.Г. Петрякова // *Вестник Ставропольского государственного университета*. - 2010. - №66(1). - С. 47-51.

27. Evans A.M. The flat-footed child – to treat or not to treat: what is the clinical to do? / A.M. Evans // *I am Pediatr Med Assoc*. - 2008. - №98 (5). - P. 386-393.

28. Черная Н.Л. Нарушение опорно-двигательного аппарата у детей: учебное пособие / Н.Л. Черная. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – 160 с.

29. Chang J. H. Prevalence of flexible flatfoot in Taiwanese school-aged children in relation to obesity, gender and age / J. H. Chang // *Pediatr*. - 2010. - №169(4). - P. 447-452.

30. Станішевський Ж.Ф. Застосування технічних засобів у профілактиці і лікуванні плоскостопості / Ж.Ф. Станішевський [Электронный ресурс] // *Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта*. - 2008. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-tehnicheskikh-sredstvo-v-profilaktike-i-lechenii-ploskostopiya> (дата обращения 20.03.2018).

31. Дорошенко О.Ю. Профілактика та лікування плоскостопості у дітей середнього шкільного віку / О.Ю. Дорошенко, І.І. Мацейко [Электронный ресурс] // *Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта*. - 2009. - С. 44-46. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-lechenie-ploskostopiya-u-detey-srednego-shkolnogo-vozrasta> (дата обращения 20.03.2018).

32. Афлетунова А.И. Влияние комплексного применения профилактических средств физической культуры на двигательную активность детей

с плоскостопием / А.И. Афлетунова [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://infourok.ru/nauchnoissledovatel'skaya-rabota-na-temu-vliyaniye-kompleksnogo-primeneniya-profilakticheskikh-sredstv-fizicheskoy-kulturi-na-dviga-1375529.html> (дата обращения 20.03.2018).

33. Мелихов Я.П. Актуальные вопросы развития плоскостопия и методы ее коррекции / Я.П. Мелихов // *Universum: Психология и образование: электронный научный журнал*. - 2017. - №6(36). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/aktualnye-voprosy-razvitiya-ploskostopiya-i-metody-ee-korreksii> (дата обращения 20.03.2018).

34. Дрягалова Е.А. Психолого-педагогическое сопровождение процесса адаптации первоклассников к школе: дисс.... канд. психол. наук / Е.А. Дрягалова. - Нижний Новгород, 2010. - 201 с.

35. Гусова А.Д. Проблема психологической адаптации детей к обучению в школе / А.Д. Гусова // *Вестник университета*. - 2012. - №8. - С. 229-233.

36. Moskvuyak N.V. The integral criteria of adaptation of junior pupils / N.V. Moskvuyak, V.I. Fedorenko // *Environment & Health*. - 2012. - №3 - P. 13-16.

37. Калужный Е.А. Мониторинг адаптационных возможностей учащихся современного образования / Е.А. Калужный, А.И. Чекмарева, Н.Л. Русакова // *Педагогика высшей школы*. - 2017. - №4. - С. 96-98.

38. Алифанова Л.А. Влияние двигательной активности в процессе академического урока на здоровье и развитие школьников / Л.А. Алифанов // *Педагогика: журнал имени Г.Н. Сперанского*. - 2007. - №6. - С. 37-41.

39. Жирова Т.М. Твоя жизнь – твой выбор. Развитие ценностей здорового образа жизни школьников / Т.М. Жирова. - М: Глобус, 2007. - 160 с.

40. Ячменникова Т.С. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе в условиях личностно ориентированного обучения / Т.С. Ячменникова // *Эксперимент и инновации в школе*. - 2012. - №1. - С. 34-40.

41. Надеева М.С. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе / М.С. Надева // *Эксперимент и инновации в школе*. - 2012. - №1. - С. 14-17.

42. Головкин Е.В., Рыжкова Ю.П. Реализация организационно-педагогических здоровьесберегающих технологий на динамическом уроке в начальной школе / Е.В. Головкин // *Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал*. - 2013. - №2. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=8671> (дата обращения 12.04.2018).

43. Базарный В.Ф. Основание внедрения в учебный процесс образовательных учреждений всех типов здоровьеразвивающую технологию д.м.н. Базарного В.Ф. «Обучение и воспитание детей в активной сенсорно-развивающей среде» и приобретения специализированного учебного оборудования для ее реализации / В.Ф. Базарный [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.hrono.info/proekty/bazarny/> (дата обращения 12.04.2018).

44. Малинина Н.А. Методика школьного обучения по системе Барзарного В.Ф. как средство развития младшего школьника / Н.А. Малинина [Электронный ресурс] // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по материалам XV междунар. науч.-практ. конф. Часть I.* (Новосибирск 25 апр. 2012). – Новосибирск, 2012. – URL: <https://sibac.info/conf/pedagog/xv/27765> (дата обращения 12.04.2018).

45. Руднева Е.П. Динамические паузы на уроках в школе как фактор сохранения здоровья ребенка / Е.П. Руднева // *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.* – 2014. – №2. – С. 301-303.

Резюме

Безкаравайный Б.А., Сероштан Е.Ю. *Современные тенденции в состоянии здоровья детей начальной школы.*

По данным официальной статистики, в последние годы отмечается стойкая тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста. Мониторинг состояния здоровья детей свидетельствуют, что уже на дошкольном этапе численность практически здоровых детей не превышает 10%, у значительной части обследованных детей (70%) имеются множественные функциональные нарушения. Адаптационный потенциал у учащихся всех классов начальной школы ухудшается к концу учебного года, что связано с утомлением и снижением адаптационных способностей, наиболее выраженные отрицательные изменения его наблюдаются в 4 классе. Цель здоровьесберегающих образовательных технологий обучения – обеспечить школьнику возможность сохранения здоровья за период обучения в школе. Актуальным является разработка и внедрение здоровьесберегающей технологии в образовательную деятельность школ г.Луганска, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

Ключевые слова: здоровье, начальная школа, здоровьесберегающие технологии.

Summary

Bezkaravaynyy B.A., Sieroshtan O.Y. *Current trends in the health of primary school children.*

According to official statistics, in recent years, scientists have noted a persistent trend of deterioration in the health of school-age children. Monitoring of children's health status shows that already at the pre-school stage the number of healthy children does not exceed 10%, and a significant part of the surveyed children (70%) has multiple functional disorders. The adaptive capacity of students in all grades of primary school deteriorates by the end of the school year. This is due to fatigue and a decrease in adaptive abilities and the most pronounced negative changes are observed in the 4th grade. The purpose of health-saving educational technologies is to preserve the health of the student during the period of schooling. Relevant is the development and implementation of health-saving technologies in the educational activities of schools of Lugansk. This will help to preserve and improve the health of students.

Keywords: health, primary school, health-saving technologies.

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

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**Ю.В. Глушко, И.Б. Ершова***ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»***Введение**

Особая важность изучения процессов развития у детей младшего школьного возраста определяется формированием основ здоровья и функционирования всех органов и систем [5]. Интенсивная структурно-функциональная перестройка интегративной деятельности мозга этого периода проходит ряд критических этапов (поступление и окончание начальной школы). Поэтому даже незначительные отрицательные воздействия, а тем более тяжелые стрессовые влияния на организм ребенка могут привести к серьезным (и даже необратимым) нарушениям в состоянии его здоровья [1,6].

В настоящее время многие заболевания внутренних органов связывают с нарушением регуляторных процессов и в первую очередь со стороны ЦНС [9]. Широкое распространение получило понятие «болезни регуляции», при которых первичные нарушения появляются не в органе-мишени, а в аппарате нервного контроля и реализующиеся через механизмы вегетативной и нейрогуморальной регуляции. Психосоматические расстройства называют также болезнями социально-психологической адаптации, подчеркивая роль в их генезе нарушений информационного обмена организма со средой [4,5].

Значительные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга являются важным функциональным проявлением структурного созревания коры больших полушарий и отражают уровень психоэмоционального напряжения [2,7]. К настоящему времени многими авторами описаны статистически значимые корреляции между показателями стресса и электрофизиологическими показателями. Многие исследователи считают ЭЭГ-параметры весьма перспективными диагностическими критериями стресса [3,8].

В этой связи **целью** нашего исследования явилось изучение показателей ЭЭГ детей младшего школьного возраста, проживающих в зоне военного конфликта в регионе Донбасс.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 123 ребенка 7 - 9 лет проживающих в зоне военного конфликта в регионе Донбасс. У всех детей основной группы зарегистрированы признаки ПТСР, связанные с боевыми действиями. Группу сравнения составили 111 младших школьников, выезжавших за пределы региона во время активных боевых действий, не испытывавших стресса военных действий, а также не имеющих признаков ПТСР.

В работе использовались следующие методы и методики: полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей, адаптированное к младшему школьному возрасту, компьютерный многофункциональный комплекс «Нейрон-Спектр-4/ВГМ» (ООО «Нейрософт», Иваново, Россия), для определения биоэлектрической активности головного мозга с регистрацией альфа-, бета-, тета- и дельта-волн ЭЭГ в состоянии покоя. Активные электроды накладывались в соответствии с международной схемой «10–20».

Цифровой материал обработан стандартным пакетом программ STATISTICA, ver. 6.0. Количественные признаки оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни и характеризовали с помощью среднего арифметического значения и среднего квадратичного отклонения ($M \pm \sigma$). Поскольку полученные данные в большинстве случаев не подчинялись закону нормального распределения, проводился расчет медианы и квартилей ($Me [Q25; Q75]$) в больших группах сравнения.

Полученные результаты и их обсуждение

Одним из информативных показателей ЭЭГ, достоверно отражающих состояние коры и характеризующих функциональные возможности мозга ребенка во время обучения в начальной школе, является характер α -ритма. Нами проанализированы основные характеристики α -ритма и выявлены статистически достоверно значимые различия зарегистрированные в покое с закрытыми глазами (таблица 1). Так установлено, что у детей основной группы амплитуда альфа-ритма составила $38,12 \pm 1,78$ мкВ, что в **1,4 раза меньше в сопоставлении с группой сравнения ($52,15 \pm 2,52$)**. Частота альфа-ритма в основной группе составила $9,05 \pm 0,14$ Гц, что статистически значимо меньше, чем у младших школьников сравниваемой группы

(10,01±0,18 Гц). Индекс выраженности альфа-ритма также зарегистрирован достоверно ниже у детей с ПТСР и составлял 56,32±1,15 %.

Таблица 1

Характеристика альфа-ритма в покое с закрытыми глазами у детей младшего школьного возраста

Характеристика α-ритма	Основная группа (n=123)		Группа сравнения (n=111)	
	М±σ	Me (25%; 75%)	М±σ	Me (25%; 75%)
Амплитуда, мкВ	38,12±19,7**	35,2 (22,6;48,3)	52,15±26,5	46,8 (32,1;62,5)
Частота, Гц	9,05±1,51**	9,01 (7,93;9,76)	10,01±1,90	9,79 (8,98;11,61)
ИВ, %	56,32±12,74**	57,1 (49,3;65,7)	63,3±12,46	65,1 (55,4;73,7)

Примечание: в табл. 1-4 * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ – достоверность при сопоставлении с группой сравнения.

Альфа-ритм, будучи ведущим ритмом спокойного бодрствования, преимущественно регистрируется в затылочных зонах коры, однако возможно его распространение на другие зоны, так как в этом возрастном периоде происходит его оформление, как ведущего ритма биоэлектрической активности мозга. Альфа-ритм в покое с закрытыми глазами преимущественно доминировал в затылочных областях обоих полушарий коры головного мозга у детей в сравниваемой группе. Однако у детей основной группы отмечалось распространение преимущественной локализации ритма на фронтальные области.

Важно отметить, что у детей из группы сравнения преобладал преимущественно регулярный α-ритм (77 человек (69,37%)), в то время как в основной группе - дезорганизованный и/или заостренный (67 детей (54,47%)). У 35 детей (28,5%) с ПТСР α-ритм был выражен вспышками, длительностью до нескольких секунд, отделенными друг от друга участками низкоамплитудной полиморфной медленной активности. Перерывы между вспышками α-ритма были заполнены плоской ЭЭГ.

Альфа-ритм у исследуемых младших школьников регистрировался в основном модулированным с нечеткой пространственной организацией. Анализ показателей альфа-ритма представил значительный разброс индивидуальных значений в обеих группах.

Это может быть связано с продолжающимся процессом созревания кортикальных структур в данном возрасте и изначально большей вариабельностью цифровых выражений исследуемого показателя. Следует отметить, что у исследуемых детей обеих групп все показатели уложились в «коридор» значений возрастной и функциональной нормы, не превышая шкалу значений в 100 мкВ.

В настоящее время доказано, что α -ритм отражает квантование внешних стимулов. Не вызывает сомнений, что в случае развития ПТСР, стрессовое воздействие осуществляется внешними стимулами и носит предметный характер. Роль полушарий в процессе адаптации организма, определяется их возможностями к варьированию способов решения задач, которые ставятся средой [10]. Снижение амплитуды α -ритма нарушают прежде всего познавательные процессы и, как следствие этого, восприятие ребенком внешней и внутренней реальности, приводящего к дезадаптации младшего школьника.

Не менее важным в анализе ЭЭГ является бета-ритм, характеристика которого может отражать состояние тревожности, беспокойства, а также депрессии. Проведя анализ бета-ритма в покое с закрытыми, нами отмечено статистически значимое различие показателей амплитуды этого ритма среди детей сравниваемых групп. Так у младших школьников с ПТСР амплитуда β -ритма составила $14,19 \pm 0,51$ мкВ, тогда как у сверстников из группы сравнения - $18,29 \pm 0,49$ мкВ, что в 1,3 раза больше (таблица 2).

Таблица 2

Характеристика бета-ритма в покое с закрытыми глазами у детей младшего школьного возраста

Характеристика β -ритма	Основная группа (n=123)		Группа сравнения (n=111)	
	M \pm σ	Me	M \pm σ	Me
Амплитуда, мкВ	14,19 \pm 5,62**	13,92 (9,38;17,39)	18,29 \pm 4,89	17,98 (14,23;21,76)
Частота, Гц	17,01 \pm 3,18*	17,11 (14,55;18,95)	19,22 \pm 3,95	18,34 (16,31;21,84)
ИВ, %	23,25 \pm 5,72**	23,45 (19,03;27,11)	27,04 \pm 8,39	28,56 (21,03;33,78)

Бетта-ритм регистрируемый преимущественно в лобных областях головного мозга, с частотой $17,01 \pm 0,29$ Гц в основной группе, являлась значимо меньше, чем у младших школьников группы сравнения ($19,22 \pm 0,37$ Гц). Индекс выраженности бетта-ритма так-

же зарегистрирован ниже у детей с ПТСР и составил $23,25 \pm 0,52$ %, когда в сравниваемой группе – $27,04 \pm 0,79$ %, с уровнем значимости различий при $p < 0,01$.

Анализ активности тета-ритма на ЭЭГ у младших школьников позволил установить, что он имел различную выраженность в различных мозговых зонах. Так, у 74 (60,16%) обследованных детей основной группы тета-ритм отмечался в затылочно-теменно-центральной областях, тогда как у большинства детей группы сравнения данный ритм превалировал в лобных и центральных областях 91 человек (81,98%).

Нами зарегистрировано достоверное преобладание исследуемых показателей тета-ритма у детей основной группы (таблица 3).

Таблица 3

Характеристика тета-ритма в покое с закрытыми глазами у детей младшего школьного возраста

Характеристика θ -ритма	Основная группа (n=123)		Группа сравнения (n=111)	
	M \pm σ	Me (25%;75%)	M \pm σ	Me (25%;75%)
Амплитуда, мкВ	$41,96 \pm 13,13^{**}$	41,23 (31,34;48,78)	$29,71 \pm 10,61$	27,54 (22,56;34,45)
Частота, Гц	$6,85 \pm 1,04^{**}$	6,86 (6,16;7,54)	$5,43 \pm 1,22$	5,34 (4,53;6,32)
ИВ, %	$27,59 \pm 9,21^{**}$	26,54 (21,34;33,23)	$21,77 \pm 7,08$	21,67 (16,39;25,13)

Амплитуда тета-ритма, отражающего активность срединно-стволовых образований у младших школьников основной группы составила $41,96 \pm 0,18$ мкВ, что на 29,2% превышает аналогичный показатель в группе сравнения ($29,71 \pm 1,01$ мкВ), отражая состояние стойкого возбуждения и снижения мозговой активности.

По частоте тета-ритм достоверно ниже был в сравниваемой группе младших школьников $5,43 \pm 0,12$ Гц, тогда как у детей с ПТСР на **20,7% больше ($6,85 \pm 0,09$ Гц)**.

Показатели тета-индекса достоверно выше в группе детей испытавших стресс войны ($37,59 \pm 0,83$ %), в сравнении с таковыми у детей группы сравнения ($31,77 \pm 0,67$ %), что составляет разницу в 1,3 раза.

Данные литературы также указывают на тот факт, что у людей, длительно находящихся в условиях стресса, отмечается увеличение тета-активности, и различными авторами характеризуется как

«стресс-ритм». Рядом авторов были получены множество фактов, говорящих о нарушениях функционирования неспецифических интегративных систем мозга у лиц, страдающих невротическими расстройствами постстрессового характера (Вишневская Н.Г., Дульский А.А., Мороз С.М., Мотрий Н.В., 2001).

Дельта-ритм, увеличение показателей которого, указывает на снижение функциональной активности коры головного мозга, чаще и с большими значениями показателей регистрировался у младших школьников основной группы (таблица 4).

Таблица 4

Характеристика дельта-ритма в покое с закрытыми глазами у детей младшего школьного возраста

Характеристика δ -ритма	Основная группа (n=123)		Контрольная группа (n=111)	
	M \pm σ	Me (25%;75%)	M \pm σ	Me (25%;75%)
Амплитуда, мкВ	29,28 \pm 5,97**	28,67 (24,43;33,12)	14,57 \pm 5,88	13,87 (10,23;18,34)
Частота, Гц	3,04 \pm 3,12**	0,60 (2,56;3,54)	1,77 \pm 0,81	1,76 (1,13;2,19)
ИВ, %	34,42 \pm 8,22**	33,54 (30,76;41,23)	23,53 \pm 5,57	22,56 (19,04;26,54)

Амплитуда дельта ритма в основной группе на 50,2 % преобладала в сопоставлении с группой сравнения и составляла 29,28 \pm 0,54 мкВ и 14,57 \pm 0,56 мкВ соответственно. Важно отметить, что по частоте дельта-ритм не отличался в исследуемых группах (p>0,05). Индекс выраженности дельта ритма в основной группе составил 34,42 \pm 0,74 %, что в 1,5 раза больше в сопоставлении с аналогичным показателем у сверстников в сравнении (23,53 \pm 0,53).

Выводы

1. Таким образом, в результате выполненных исследований установлена специфика проявления ЭЭГ показателей у детей, находившихся в зоне военного конфликта, в состоянии покоя. Нейрофизиологические особенности на ЭЭГ у детей, находившихся в условия стрессовой ситуации, проявлялись в более низких, в сопоставлении со сверстниками сравниваемой группы, показателях амплитуды, частоты и индекса времени альфа и бета ритмов, а также повышением амплитуды, частоты и индекса времени дельта и тета ритмов.

2. Результаты выполненного исследования свидетельствуют о четкой дифференциации ЭЭГ показателей, в зависимости от психоэмоционального состояния детей младшего школьного возраста. При этом угнетение альфа-ритма и усиление тета- и дельта-ритмов в состоянии покоя у обследуемых детей, проживающих в зоне военного конфликта, может свидетельствовать о повышенной активности нервных процессов, генерируемой по всем областям головного мозга за счет повышенной эмоциональной реактивности. Хотя данные литературы говорят о некотором блокировании альфа-ритма и усилении бета-ритма в условиях стрессовой ситуации [3], нами зарегистрировано снижение бета-активности у детей основной группы в сравнении со сверстниками сравнимой группы, что вероятно служит отсроченной реакцией головного мозга на переживший эмоциональный стресс. Полученные изменения отражают реакцию активации, которая возникает в ответ на изменение в окружающей обстановке, что требует дополнительной мобилизационной активности организма и зависит от фоновой активности нервных центров. Данное исследование явилось дополнительным отражением степени реактивности нервной системы у детей, находившихся в стрессовой ситуации. Экстремальная ситуация отразилась на нейрофизиологической деятельности головного мозга, хотя изменения не выходили за пределы нормативных уровней, но находились на границе с патологическими уровнями, что может свидетельствовать о напряжении функциональных возможностей.

3. Установленные особенности ЭЭГ у детей, оказавшихся в условиях военных действий, делают целесообразным использование результатов исследования ЭЭГ с целью дифференциально-диагностических детализаций, составлении и оценки эффективности лечебно-восстановительных мероприятий.

Литература

1. Алиева Т.А. *Возрастные изменения электроэнцефалограммы и вызванных потенциалов у детей* / Т.А. Алиева, В.Б. Павленко // *Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского*. – 2010. – Т. 23, № 3. – С. 3–14.
2. Базанова О.М. *Вариабельность и восприимчивость индивидуальной частоты альфа-ритма ЭЭГ в зависимости от экспериментальных условий* / О.М. Базанова // *Журнал высшей нервной деятельности*. – 2011. – Т. 61, № 3. – С. 102–111.

3. Залата О.А. Особенности паттерна текущей ЭЭГ у здоровых детей и детей с нарушением психического развития / О.А. Залата, С.А. Зиненко, А.Г. Трибрат, Е.В. Евстафьева, Л.Д. Хрипунова // *Таврический медико-биологический вестник*. – 2012. – Т. 15, № 3, Ч. 2 (59). – С. 100–104.

4. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). Руководство для врачей / Л.Р. Зенков. – 5-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – 356 с.

5. Сороко С.И., Бекшаев С.С., Рожков В.П. ЭЭГ корреляты генотипических особенностей возрастного развития мозга у детей аборигенного и пришлого населения Северо-Востока России // *Российский физиологический журнал имени И.М. Сеченова*. – 2012. – Т. 98. – №1. – С. 3–26.

6. Терещенко Е.П., Пономарев В.А., Мюллер А., Кропотов Ю.Д. Нормативные значения спектральных характеристик ЭЭГ здоровых испытуемых от 7 до 89 лет // *Физиология человека*. – 2010. – Т. 36. – №1. – С. 5–17.

7. Hanson J. L. Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala / J. L. Hanson, B. M. Nacewicz, M. J. Sutterer et al. // *Biological Psychiatry*. – 2014. – Vol. 77 (4). – P. 314–323.

8. Heunis T. Recurrence quantification analysis of resting state EEG signals in autism spectrum disorder - a systematic methodological exploration of technical and demographic confounders in the search for biomarkers / T. Heunis, C. Aldrich, J.M. Peters, S.S. Jeste, M. Sahin, C. Scheffer // *de Vries PJ*. – 2018. – №16(1). – P. 101. doi: 10.1186/s12916-018-1086-7.

9. Jin M.J. An Integrated Model of Emotional Problems, Beta Power of Electroencephalography, and Low Frequency of Heart Rate Variability after Childhood Trauma in a Non-Clinical Sample: A Path Analysis Study / M.J. Jin, J.S. Kim, S. Kim, M.H. Hyun, S.H. Lee // *Front Psychiatry* – 2018. – №8. – P. 314. doi: 10.3389/fpsy.2017.00314.

10. Lee S.H. Childhood trauma associated with enhanced high frequency band powers and induced subjective inattention of adults / S.H. Lee, Y. Park, M.J. Jin, Y.J. Lee, S.W. Hahn // *Front Behav Neurosci*. – 2017. – №11. – P. 148. doi:10.3389/fnbeh.2017.00148.

Резюме

Глушко Ю.В., Еришова И.Б. Особенности функционального состояния головного мозга у детей, проживающих в зоне военного конфликта.

Представлены результаты ЭЭГ исследования у детей 7-9 лет, переживших боевые действия в регионе Донбасс. Полученные данные свидетельствуют о четкой дифференциации ЭЭГ показателей, в зависимости от психоэмоционального состояния детей младшего школьного возраста, характеризующимися более низкими, при сопоставлении со сверстниками группы сравнения, показателями амплитуды, частоты и индекса времени альфа- и

бета- ритмов, а также повышением амплитуды, частоты и индекса времени дельта- и тета- ритмов. Полученные данные ЭЭГ свидетельствуют о напряжении функциональных возможностей головного мозга у детей, подвергшихся экстремальному воздействию, что необходимо учитывать при составлении лечебно-восстановительных мероприятий.

Ключевые слова: электроэнцефалография, стресс, дети, младший школьный возраст.

Summary

Glushko Yu.V., Ershova I.B. Features functional state of the brain in children living in the military conflict zone.

The results of the EEG study in children aged 7-9 years who survived the fighting in the Donbass region are presented. The data obtained indicate a clear differentiation of EEG indicators, depending on the psycho-emotional state of children of primary school age, characterized by lower, when compared with peers of the comparison group, the amplitude, frequency and time index of alpha and beta rhythms, as well as an increase in amplitude, and time index delta and theta rhythms. The obtained EEG data indicate the stress functional capacity of the brain in children exposed to extreme exposure, which must be considered when drawing up treatment and rehabilitation measures.

Keywords: electroencephalography, stress, children, primary school age.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.Н. Давидчук

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ

Н.Н. Головченко, М.Ю. Сульженко, В.И. Друпова
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»,

Введение

Актуальной проблемой современной педиатрии является определение взаимоотношений и взаимовлияний таких факторов неблагоприятного течения сердечно-сосудистых заболеваний, как артериальная гипертензия (АГ), дислиппротеинемии (ДЛП), инсулинорезистентность (ИР) и системное воспаление [1,2,4].

Ранее было установлено, что у подростков под влиянием нейрогуморальных изменений пубертатного периода и неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов возникают транзиторные подъемы артериального давления (АД), нарушения в липидном спектре крови и в углеводном обмене, которые могут трансформироваться в хронические стабильные формы АГ и нарушения метаболизма углеводов и липидов [1,2,5].

Анализ динамики изменений показателей липидного профиля крови у лиц, с дебютом АГ в подростковом возрасте, свидетельствует о постепенном формировании атерогенных нарушений в липидном спектре крови с повышением уровней общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и снижением показателей холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

Ведущую роль в формировании ДЛП и ИР играют абдоминальное ожирение и сопутствующие ему сдвиги в нейрогормональной регуляции. Висцеральный жир имеет ряд патофизиологических особенностей, в частности высокую чувствительность к липолитическому воздействию катехоламинов и низкую – к антилиполитическому действию инсулина, что стимулирует липолиз. В результате свободные жирные кислоты тормозят действие инсулина, еще более усугубляя ИР и гипергликемию. Помимо этого, висцеральный жир также является и эндокринным органом, синтезирующим

множество биологически активных веществ (лептин, адипонектин, провоспалительные цитокины и др.), действие которых в рамках метаболического синдрома приводит как к инсулинорезистентности, так и к другим метаболическим нарушениям [1-3,5].

Несомненной также является необходимость коррекции липидного профиля пациента с данной проблемой. Существенным фактором, оказывающим гиполипидемический эффект является диетическая коррекция питания с включением в рацион ребенка продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами. Альтернативным путем коррекции дислипидемий является применение препаратов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты.

Гиполипидемическое действие омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) заключается в подавлении синтеза триглицеридов и липопротеидов низкой плотности в гепатоцитах, ускорении их выведения и увеличении экскреции желчи. Также Омега-3 ПНЖК влияют на синтез простагландинов, регулирующих сосудистый тонус и препятствующих вазоконстрикции сосудов под влиянием катехоламинов, что обуславливает умеренный гипотензивный эффект.

В связи с этим **целью нашего исследования** явилось определение липидного спектра крови у подростков с АГ, сопровождающейся избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением; а также оценка влияния на него препарата, содержащего полиненасыщенные жирные кислоты.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находился 61 подросток с АГ и избыточной массой тела и ожирением в возрасте от 12 до 18 лет.

Показатели индекса массы тела между 85 и 95 перцентилем расценивались как ИМТ, выше 95 перцентиля – как ожирение.

Липидный спектр крови изучался на основании определения уровней ОХС, ТГ, ХС ЛПВП спектрофотометрическим методом. Показатели холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), а также коэффициент атерогенности (КА) определяли расчетным способом по формулам:

$$\text{ХС ЛПОНП} = \text{ТГ} : 5;$$

$$\text{ХС ЛПНП} = \text{ОХС} - (\text{ХС ЛПОНП} + \text{ХС ЛПВП});$$

$$\text{КА} = (\text{ОХС} - \text{ХС ЛПВП}) / \text{ХС ЛПВП}.$$

Эффективность терапии оценивалась по клиническим и лабораторным показателям. Клиническая оценка проводилась по уровню снижения АД и редукции основной симптоматики. Исследование лабораторных показателей в динамике проводилось до лечения и на 14-е сутки терапии. Все пациенты получали базисную терапию АГ согласно протоколам диагностики и лечения кардиоревматологических заболеваний у детей. Помимо этого проводилась коррекция ДЛП. Для сравнительной оценки ее эффективности больные были разделены на две группы: I – 31 пациент, получавший препарат, содержащий полиненасыщенные жирные кислоты по 1 капсуле 2 раза в сутки. Основу препарата составляет концентрат рыбьего жира (500 мг) с высоким содержанием омега-3 жирных кислот (эйкозопентаеновая и докозогексаеновая) и витамины А, D и Е. Пациентам II группы – 30 человек, были предписаны диетические рекомендации (употребление продуктов с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот).

Группы были репрезентативны по возрасту, степени тяжести заболевания и показателю индекса массы тела.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2007.

Полученные результаты и их обсуждение

До начала лечения дети всех групп предъявляли жалобы на избыточную массу тела – 61 пациент (100 %), повышение артериального давления – 100%, головную боль – $90,2 \pm 3,8\%$, головокружение – $47,5 \pm 6,4\%$, боль в области сердца – $44,3 \pm 6,4\%$, носовые кровотечения – $13,1 \pm 4,3\%$, общую слабость и быструю утомляемость – $52,8 \pm 6,4\%$, повышенный аппетит – $32,8 \pm 6,0\%$. При оценке физического развития высокорослость отмечалась в $7,2 \pm 6,0\%$ случаев. Избыточная масса тела регистрировалась у $32,8 \pm 6,0\%$ подростков, ожирение у $67,2 \pm 6,0\%$ пациентов.

Через 2 недели после начала лечения у 56 (91,8 %) детей I и II групп отмечалось улучшение самочувствия, снижение АД, положительная динамика показателей липидного спектра крови.

В результате проведенного лечения отмечалось достоверное снижение показателей липидного спектра крови у пациентов I группы. Так, уровень ОХС уже через 2 недели терапии достоверно снизился, достигнув нормы ($3,93 \pm 0,59$ ммоль/л ($p < 0,01$)). При этом снижение содержания в крови ОХС осуществлялось за счет уменьшения

концентрации ХС в составе как ЛПНП ($2,10 \pm 0,40$ ммоль/л), так и ЛПОНП ($0,79 \pm 0,22$ ммоль/л ($p < 0,05$)). Уровень триглицеридов значительно снизился и через 2 недели составлял $1,53 \pm 0,32$ ммоль/л, что соответствует нормальным показателям. Следует также отметить достоверное повышение уровня ХС ЛПВП в крови больных I группы – $1,22 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,05$). Коэффициент атерогенности через 2 недели снизился до нормальных показателей ($2,73 \pm 0,29$ у.е. ($p < 0,05$)).

Таблица 1

Динамика показателей липидного спектра крови у детей с АГ на фоне избыточной массы тела ($M \pm m$)

Показатель	I группа до лечения (n=31)	I группа после лечения (n=31)	II группа до лечения (n=30)	II группа после лечения (n=30)
Общий холестерин, ммоль/л	$5,53 \pm 0,54$	$3,93 \pm 0,59^{**}$	$4,44 \pm 0,30$	$4,63 \pm 0,33$
ХС ЛПНП, ммоль/л	$2,77 \pm 0,41$	$2,10 \pm 0,40$	$2,61 \pm 0,34$	$2,42 \pm 0,34$
ХС ЛПОНП, ммоль/л	$1,18 \pm 0,31$	$0,79 \pm 0,22^*$	$0,86 \pm 0,21$	$0,82 \pm 0,20$
ХС ЛПВП, ммоль/л	$0,87 \pm 0,12$	$1,22 \pm 0,14^*$	$0,94 \pm 0,20$	$0,93 \pm 0,16$
Триглицериды, ммоль/л	$2,22 \pm 0,38$	$1,53 \pm 0,32$	$1,51 \pm 0,31$	$1,63 \pm 0,23$
Коэфф. атерогенности, усл. ед	$3,74 \pm 0,34$	$2,73 \pm 0,29^*$	$3,29 \pm 0,33$	$2,99 \pm 0,18$

Примечание: в табл. 1-2 достоверные изменения результатов до и после лечения * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

У пациентов II группы уровень ОХС имел тенденцию к повышению, хотя и оставался в пределах нормы ($4,63 \pm 0,33$ ммоль/л). Содержание ЛПВП, играющих ведущую антиатерогенную роль, у больных этой группы несколько снизилось и составило $0,93 \pm 0,16$ ммоль/л. Коэффициент атерогенности имел пограничное значение – $2,99 \pm 0,18$ у.е.

Таблица 2

Динамика АД у детей с АГ на фоне избыточной массы тела ($M \pm m$)

Показатель	I группа до лечения (n=31)	I группа после лечения (n=31)	II группа до лечения (n=30)	II группа после лечения (n=30)
САД, мм.рт.ст	$149,47 \pm 5,92$	$128,23 \pm 3,12^{**}$	$148 \pm 6,12$	$131,56 \pm 5,67^*$
ДАД, мм.рт.ст	$89,56 \pm 3,78$	$82,45 \pm 3,66$	$88,54 \pm 3,56$	$83,22 \pm 4,43$

Как видно из приведенных данных, после лечения отмечено достоверное снижение показателей АД у пациентов I и II группы. Однако следует отметить, что наиболее выраженная динамика как САД, так и ДАД была отмечена в I группе пациентов, что свидетельствует о преимуществе сочетания гипотензивной и гиполипидемической терапии.

При изучении профиля безопасности препарата, содержащего полиненасыщенные жирные кислоты не было выявлено проявлений токсического воздействия как со стороны субъективно-объективных данных, так и при лабораторном контроле.

Выводы

1. В подростковой популяции часто имеет место развитие АГ на фоне избыточной массы тела с нарушением липидного спектра крови, что является предиктором атеросклеротического процесса и требует коррекции.

2. Препарат, содержащий полиненасыщенные жирные кислоты оказывает выраженный гипохолестеринемический эффект.

3. Повышение уровня ЛПВП после 2-недельного приема препарата, содержащего полиненасыщенные жирные кислоты имеет характер тенденции, что свидетельствует о необходимости более длительного приема.

4. Применение препарата, содержащего полиненасыщенные жирные кислоты в комбинации с антигипертензивными средствами усиливает гипотензивный эффект, что позволяет уменьшить суточную дозу базисных препаратов.

5. Препарат, содержащий полиненасыщенные жирные кислоты является безопасным препаратом с удовлетворительным профилем толерантности.

Литература

1. Кардиология и ревматология детского возраста / Под ред. Г.А.Самсыгиной и проф. М.Ю.Щербаковой – М.: ИД Медпрактика – М: 2005. – 744 с.

2. Механизмы формирования нарушений липидного спектра крови у подростков с артериальной гипертензией / Н.М. Корнев, Л.Ф. Богмат, Е.М. Носова, Т.Н. Сулима, И.М. Яковлева // Артериальная гипертензия. – 2014. - № 5 (19). – С. 38–44.

3. Плотникова И.В. Маркеры метаболического синдрома у подростков с артериальной гипертензией / И.В. Плотникова // Педиатрия. – 2017. – Т.86, № 3. – С. 39 – 43.

4. Структура факторов риска поражения органов-мишеней и метаболических изменений у больных артериальной гипертензией в различных возрастных группах / С.А.Бойцов и др. // Кардиология. – 2013. – № 4. – С. 19 – 24.

5. Чернишов В.А. Поліклінічний досвід застосування препарату Вабідин (симвастатин) в корекції дисліпідемії у пацієнтів з високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень / В.А. Чернишов, І.І. Єрмакович // Артеріальна гипертензия. – 2014. - № 5 (19). – С. 23 – 29.

Резюме

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Друпова В.И. Проблема коррекции дислипидемии у подростков с артериальной гипертензией.

В статье дискутируются вопросы нарушений липидного спектра у подростков с артериальной гипертензией, сочетанной с избыточной массой тела. Определен липидный профиль крови у детей с данной патологией. Представлены данные об эффективности и безопасности препарата Биттнер Кардио у данной категории пациентов.

Ключевые слова: липидный спектр крови, артериальная гипертензия, подростки, лечение, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3

Summary

Golovchenko N.N., Sulzhenko M.Yu., Drupova V.I. Problem of dyslipidemia correction in adolescents with arterial hypertension.

One of the most important problems of modern pediatrics is to determine the relationship between these factors of a poor prognosis in cardiovascular diseases such as hypertension, dyslipoproteinemia (DLP) and insulin resistance. The aim of our study was to determine the lipid profile in adolescents with hypertension, accompanied by overweight (BMI) and obesity, as well as evaluation of the impact of drug of omega-3 fatty acid. We observed 61 adolescents with hypertension and overweight and obesity in the age from 12 to 18 years. All patients received standard treatment of hypertension. For comparative evaluation of the effectiveness of the correction DLP patients were divided into two groups: I - 31 patients receiving the drug of omega-3 fatty acid, II - 30 people being prescribed dietary recommendations (to eat foods high in polyunsaturated fatty acids). After 2 weeks of treatment 56 (91,8%) children of I and II groups improved their health, reduced blood pressure, and positive dynamics of LP was found. As a result of the treatment there was a significant decline in LP patients of I group. The level of TC in 2 weeks of therapy was significantly reduced, reaching rates ($3,93 \pm 0,59$ mmol/l ($p < 0,01$)). After treatment, a significant decrease of blood pressure in group I and II. However, the most positive dynamics as systolic and diastolic blood pressure was observed in the first group. Drug of omega-3 fatty acid has produced a hypocholesterolemic effect, and in combination with antihypertensive drugs enhanced the hypotensive effect, reducing the daily dose of basic drugs.

Key words: lipid spectrum of the blood, hypertension, adolescents, treatment, omega-3 fatty acid.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.Н. Давидчук

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АСКАРИДОЗОМ**И.Б. Ершова, И.А. Лохматова***ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»***Введение**

Вопрос качества жизни (КЖ) является одним из наиболее актуальных в современной медицине. В настоящее время исследование КЖ проводится практически во всех областях медицины, как клинической, так и социальной. В России, несмотря на мировую практику, проблема исследования КЖ остается недостаточно изученной [2, 9]. Широкий круг специалистов разных стран едины во мнении, что показатель КЖ является весьма достоверным критерием оценки здоровья ребенка и эффективности применяемых медицинских технологий [3, 5, 9]. На новом этапе развития медицины, критерий КЖ позволяет оживить старый принцип «лечить пациента, а не болезнь» в современном стиле. Проблема КЖ способна установить интересы и преимущества человека в приоритете над интересами науки и общества [1, 3].

Понятие «качество жизни» в педиатрии отличается от такового у взрослых. Прежде всего, это обусловлено зависимостью детей от родителей, ровесников, одноклассников. Важную роль играет развитие ребенка и демографические факторы, различия систем медицинского обслуживания [5, 9].

Исследование качества жизни детей дает возможность дополнительного анализа состояния здоровья. Благодаря многочисленным исследованиям, было установлено, что здоровье детей определяется не только наличием или отсутствием заболеваний, но и гармоничным, соответствующим возрасту развитием, нормальным уровнем основных функциональных показателей [3, 7]. Принимая во внимание особенности детского возраста, в виде отсутствия жизненного опыта, зависимости от семейных и средовых факторов, незрелости физиологических и психологических процессов, несформированности социальных отношений, оценка КЖ ребенка призвана охарактеризовать степень его адаптированности в медико-биологическом и социальном плане [4, 5]. Работы по оценке

этого показателя немногочисленны, посвящены, как правило, особенностям КЖ при определенной хронической патологии.

Достаточно узкий круг исследований качества жизни детей при инфекционной патологии и отдаленных ее последствиях. Неизученным остается вопрос качества жизни детей при паразитарных инвазиях. Кишечные паразитозы, являясь наиболее распространенными заболеваниями среди детей, оказывают многостороннее негативное воздействие на их здоровье. Более 270 миллионов детей дошкольного возраста и более 600 миллионов детей школьного возраста живут в районах с интенсивной передачей этих паразитов и нуждаются в лечении и профилактике [6, 8, 10]. Одновременно с этим раскрываются новые стороны социально-экономической значимости кишечных паразитозов, а именно их воздействие на психическое и физическое развитие детей, что в свою очередь способствует изменению качества жизни.

Одним из наиболее распространенных кишечных гельминтозов является аскаридоз. Аскаридоз - глистная инвазия из группы геогельминтозов, возбудителями которой являются круглые черви - *Ascaris Lumbricoides*. Для аскаридоза характерно сравнительно медленное развитие болезни, хроническое течение, нередко с длительной компенсацией. Ослабляя защитные функции организма детей, аскаридоз способствует созданию благоприятных условий для развития различных соматических, инфекционных, аллергических, кожных, стоматологических заболеваний, нанося тем самым существенный ущерб здоровью детей. Так, боли в животе, утрата аппетита, уменьшение массы тела, метеоризм, диарея, повышение температуры, анемия остаются наиболее частыми клиническими симптомами кишечной фазы аскаридоза [6]. Нередко отмечается хроническое течение, сопровождающееся нарушениями моторно-тонической функции желчевыделительной системы. Зачастую данная инвазия носит стертую форму, а паразиты находясь длительное время в организме растущего ребенка наносят существенный вред здоровью. И это не может не отразиться как на физическом развитии ребенка, так и на качестве его жизни в целом.

Цель исследования: провести оценку качества жизни детей школьного возраста с кишечной фазой аскаридоза.

Материалы и методы исследования

Клиническое наблюдение и лабораторно-инструментальные исследования были проведены у 51 ребенка с кишечной стадией аска-

ридоза в возрасте от 8 до 18 лет на базе Луганской городской многопрофильной детской больницы №3 в период 2012-2016 гг. Контрольную группу составили относительно здоровые дети (51 человек) того же возраста (без аскаридоза, не состоящие на диспансерном учете, без острых, хронических и декомпенсированных заболеваний).

Дети с аскаридозом основной группы принадлежали к разным возрастным подгруппам: I подгруппу составили дети второго детства (мальчики 8-12 лет, девочки 8-11 лет) – 18 человек, II подгруппу – подросткового возраста (мальчики 13-16 лет, девочки 12-15 лет) – 17 человек (12,78%), III подгруппу – юношеского возраста (юноши 17-18 лет, девушки 16-18 лет) – 16 человек (12,03%).

Клиническое обследование каждого ребенка включало анализ амбулаторной карты; сбор жалоб с применением разработанной анкеты для более тщательной детализации; эпидемиологический анамнез с последующим анализом актов эпидемиологического расследования микроочага; оценку факторов риска; анамнез жизни; осмотр пациента. При объективном осмотре оценивался общий статус детей с выявлением клинической картины и симптомов, касающихся проявления глистных инвазий, проводилась оценка физического развития. Инструментальные методы обследования включали обзорную рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию, электроэнцефалографию, УЗИ органов брюшной полости. Лабораторный комплекс исследований включал клинический анализ крови, общий анализ мочи. Копроовоскопическая диагностика проводилась методом толстого мазка по Като двукратно с интервалом 3 дня и методом флотации по Калантарян.

Для изучения качества жизни детей 8-12 лет в исследуемых группах инструментом стал международный опросник PedsQL 4.0 – Pediatric Quality of Life Inventory Peds QL 4.0™, блок для детей 8-12 лет. Качество жизни у детей 13-15 лет и 16-18 лет исследовался с помощью общего опросника PedsQL 4.0™, блок для детей 13-18 лет. Анкетирование проводилось в поликлинике по месту жительства ребенка. Родители обеих групп заполняли специально разработанную медико-социальную анкету. Обязательным условием было раздельное заполнение опросников детьми и родителями для исключения взаимного влияния друг на друга. Данный опросник включает ответы на 23 вопроса, которые позволяют оценить КЖ по четырем шкалам: физическое функционирование (ФФ),

эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), школьное функционирование (ШФ), на основании которых рассчитывается суммарный балл (СБ). Кроме того, три последних шкалы формируют показатель психосоциального здоровья (ПСЗ). Вопросы опросника затрагивают отношения со сверстниками, повседневную деятельность, эмоциональное состояние, школьную успеваемость. Для ответов использована 5-балльная шкала Лайкерта, при этом количество баллов варьирует от 0 («никогда нет проблем») до 4 («почти всегда трудно»). Полученные ответы подвергались процедуре перекодирования по разработанному авторами алгоритму в 100-балльной системе, при этом уровень КЖ находится в прямой зависимости от величины набранных баллов. Опросник прошел мультицентровые исследования в разных странах мира и доказал свою высокую информативность и чувствительность, что говорит о его надежности и достоверности для оценки КЖ детей младшего школьного возраста

Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерных программ Microsoft Excel 7,0, Statistica 6,0. Выборки проверялись на распределение по нормальному закону. В случае распределения не по нормальному закону для статистического расчета использовался критерий Манна-Уитни.

Полученные результаты и их обсуждение

При анализе данных опросника было установлено, что качество жизни детей младшего школьного возраста с аскаридозом оказалось ниже в сравнении с контрольной группой детей (табл.1). Суммарный общий балл в контрольной группе по оценке родителей ($74,3 \pm 7,67$) и самих детей ($78,65 \pm 6,59$) был достоверно выше, чем в группе детей с аскаридозом (родители: $61,11 \pm 11,33$; дети: $61,81 \pm 16,52$; $p < 0,01$). В данной возрастной группе детей значения практически всех шкал имели достоверные отличия основной и контрольной групп.

Исключение составила шкала «Физическое функционирование», где не было установлено статистически значимых отличий, как по оценке родителей, так и по оценке детей. Показатели шкалы «Эмоциональное функционирование» (ЭФ) по оценке детей с аскаридозом ($55,56 \pm 27,07$; $p < 0,01$) оказались ниже, чем в контрольной группе ($80,4 \pm 14,56$), при этом по оценке родителей показатели шкалы ЭФ также значимо отличались ($51,39 \pm 15,53$ против $67,07 \pm 12,18$; $p < 0,01$). Таковую же ситуацию мы выявили при анализе

показателей шкалы «Школьное функционирование» (ШФ): оценки детей с аскаридозом и их родителей были значимо ниже при сравнении с оценками контрольной группы (табл.1).

Таблица 1

Показатели качества жизни у детей 8-12 лет по оценке детей и их родителей

Аспекты КЖ	Основная группа (n=18)		Контрольная группа (n=15)	
	Дети (M±σ)	Родители (M±σ)	Дети (M±σ)	Родители (M±σ)
Физическое функционирование (ФФ)	65,81±15,02	70,83±19,09	77,47±13,44	80,33±9,78
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	55,56±27,07*	51,39±15,53*	80,4±14,56	67,07±12,18
Социальное функционирование (СФ)	69,44±24,37	61,11±20,79*	79,8±9,94	79,27±12,12
Школьное функционирование (ШФ)	50,21±18,63*	55,56±22,91*	77,33±8,56	70,53±11,58
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	58,33±18,43*	56,17±12,46*	79,04±7,23	72,43±7,7
Общий балл (ОБ)	61,81±16,52*	61,11±11,33*	78,65±6,59	74,3±7,67

Примечание: в табл. 1-3 * - достоверность отличий с контрольной группой $p < 0,01$; ** - $p < 0,05$.

При анализе показателей шкалы «Социальное функционирование» (СФ) нами были установлены значимые отличия в оценке родителей. Так родители детей с аскаридозом оценили СФ своих детей достоверно ниже, чем родители здоровых младших школьников (61,11±20,79 против 79,27±12,12; $p < 0,01$). Три последних показателя сформировали показатель суммарной шкалы «Психосоциальное здоровье», который как по оценке детей оказался достоверно ниже в основной группе (58,33±18,43 против 79,04±7,23; $p < 0,01$), так и по оценке родителей (56,17±12,46 против 72,43±7,7; $p < 0,01$).

При проведении статистического анализа результатов исследования качества жизни детей подросткового и юношеского возрастов были установлены следующие особенности. По оценке стар-

ших школьников с аскаридозом общий балл (ОБ) был достоверно ниже в сравнении с оценкой детей контрольной группы (табл.2).

Таблица 2

Показатели качества жизни у детей 13-18 лет по оценке детей

Аспекты КЖ	Основная группа (M±σ)		Контрольная группа (M±σ)	
	Дети 13-15 лет (n=17)	Дети 16-18 лет (n=16)	Дети 13-15 лет (n=16)	Дети 16-18 лет (n=20)
Физическое функционирование (ФФ)	65,94±14,63**	71,13±10,74**	77,07±8,56	79,4±7,57
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	65,41±10,19**	76,38±8,75*	73,56±9,2	81,45±6,49
Социальное функционирование (СФ)	71,94±10,14*	70,31±16,45	80,25±10,69	78,3±10,63
Школьное функционирование (ШФ)	59,94±15,35*	67,44±15,13**	73,17±8,43	78,55±7,53
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	67,76±7,25*	71,38±5,32*	75,65±4,91	79,43±4,61
Общий балл (ОБ)	65,81±6,05*	71,31±3,93*	76,0±4,39	79,43±4,38

Так в основной группе детей 13-15 лет среднее значение ОБ составило 65,81±6,05 (против 76,0±4,39; p<0,01), а по оценке инвазированных детей 16-18 лет -71,31±3,93 (против 79,43±4,38; p<0,01). Проанализировав данные всех шкал, мы установили, что на суммарный показатель ОБу детей старшего школьного возраста повлиял показатель «Физическое функционирование», который был значимо ниже в данных возрастных группах детей с аскаридозом (p<0,05). Это явилось основным отличием от младших школьников (табл.1). В группе подростков с аскаридозом были установлены статистически значимые отличия во всех исследуемых шкалах при сравнении с показателями здоровых детей того же возраста. Так, показатели шкалы «Эмоциональное функционирование» в среднем составили 65,41±10,19, что достоверно ниже в сравнении с контрольной группой детей (73,56±9,2; p<0,05). Более значимые отличия по оценкам детей подросткового возраста были установлены при анализе шкал «Социальное функционирование»

(71,94±10,14 против 80,25±10,69; $p<0,01$) и «Школьное функционирование» (59,94±15,35 против 73,17±8,43; $p<0,01$). Соответственно и показатели суммарной шкалы «Психосоциальное здоровье» также достоверно ниже оказались в группе инвазированных подростков: 67,76±7,25 против 75,65±4,91 ($p<0,01$). В группе старших школьников 16-18 лет показатели шкалы «Социальное функционирование» не имели значимых отличий при сравнении с контрольной группой. Однако были установлены сравнительно низкие показатели шкалы «Эмоциональное функционирование» (76,38±8,75 против 81,45±6,49; $p<0,01$) и «Школьное функционирование» (67,44±15,13 против 78,55±7,53), что отразилось на показателях суммарной шкалы «Психосоциальное здоровье» (71,38±5,32 против 79,43±4,61; $p<0,01$).

По оценке родителей показатели качества жизни их детей несколько отличались от оценки юных респондентов (табл.3).

Таблица 3

Показатели качества жизни у детей 13-18 лет по оценке родителей

Аспекты КЖ	Основная группа (M±σ)		Контрольная группа (M±σ)	
	Родители детей 13-15 лет (n=17)	Родители детей 16-18 лет (n=16)	Родители детей 13-15 лет (n=16)	Родители детей 16-18 лет (n=20)
Физическое функционирование (ФФ)	76,44±9,19	71,94±13,62*	79,25±9,34	83,81±8,2
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	60,24±12,72**	68,13±12,43**	71,44±10,69	77,53±10,34
Социальное функционирование (СФ)	69,24±10,4**	76,06±10,13*	76,13±9,96	78,5±7,07
Школьное функционирование (ШФ)	61,94±9,39*	68,38±11,46*	74,63±11,21	78,35±10,87
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	63,8±7,61*	70,85±7,33*	74,06±5,92	78,3±6,48
Общий балл (ОБ)	66,96±5,85*	71,13±6,19*	75,36±5,07	79,61±4,86

Суммарный ОБ также был достоверно ниже в основной группе детей: как у подростков (66,96±5,85 против 75,36±5,07; $p<0,01$), так и у старших школьников 16-18 лет (71,13±6,19 против 79,61±4,86; $p<0,01$).

Проведя анализ всех шкал опросника было установлено, что по оценкам родителей инвазированных аскаридозом детей 13-15 лет показатели всех шкал, кроме «Физического функционирования» были достоверно ниже в сравнении с оценкой родителей здоровых детей того же возраста. Так в шкале «Эмоциональное функционирование» среднее значение составило $60,24 \pm 12,72$ баллов, в то время как в контрольной группе - $71,44 \pm 10,69$ ($p < 0,05$), а показатели шкалы «Социальное функционирование» $69,24 \pm 10,4$ против $76,13 \pm 9,96$ ($p < 0,05$). Анализ данных шкалы «Школьное функционирование» по оценке родителей детей основной группы показал более низкие показатели ($61,94 \pm 9,39$) со значимостью отличий $p < 0,01$ в сравнении с контрольной группой ($74,63 \pm 11,21$). Соответственно показатель суммарной шкалы «Психосоциальное здоровье» оказались ниже в основной группе ($63,8 \pm 7,61$ против $74,06 \pm 5,92$; $p < 0,01$).

В группе старших школьников 16-18 лет родители дали несколько другую оценку. Так, оценка родителей детей основной и контрольной групп по шкале «Социальное функционирование» была без значимых отличий. Хотя сами дети оценили свое «Социальное функционирование» сравнительно низко (табл.2). Показатели шкал «Эмоциональное функционирование» ($68,13 \pm 12,43$ против $77,53 \pm 10,34$; $p < 0,05$) и «Школьное функционирование» ($68,38 \pm 11,46$ против $78,35 \pm 10,87$; $p < 0,01$) по оценке родителей детей 16-18 лет оказались ниже в основной группе, чем в контрольной. Поэтому и среднее значение суммарной шкалы «Психосоциальное здоровье» по оценке родителей в данной возрастной группе было ниже ($70,85 \pm 7,33$ против $78,3 \pm 6,48$; $p < 0,01$). «Физическое функционирование» родители инвазированных детей оценили сравнительно ниже, чем родители контрольной группы ($71,94 \pm 13,62$ против $83,81 \pm 8,2$; $p < 0,01$), что совпадает с оценкой самих детей (табл.2).

Таким образом, уровень качества жизни детей с аскаридозом младшего школьного возраста ниже в сравнении с неинвазированными детьми. По оценке детей с аскаридозом достоверным было снижение значений шкал «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование», и как следствие суммарной шкалы «Психосоциальное здоровье». По оценкам родителей инвазированных детей низкие показатели были выявлены по всем шкалам опросника за исключением шкалы «Физическое функционирование». Качество жизни детей с аскаридозом в подростковом и юношеском возрасте ниже в сравнении с контрольной группой детей такого же возраста. При этом немаловажным является то

факт, что суммарный общий балл, снижен за счет составляющих всех шкал. Суммарная шкала «Психосоциальное здоровье» по оценке самих детей и их родителей также оказалась достоверно ниже. Наиболее низкие показатели были установлены в шкалах «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование», что указывает на влияние аскаридозной инвазии на процесс обучения и психоэмоционального состояния детей старшего школьного возраста.

Выводы

1. Аскаридозная инвазия оказывает негативное влияние на качество жизни детей школьного возраста по всем аспектам.
2. Для детей младшего школьного возраста с аскаридозом характерным стало снижение показателей по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование». При этом их родители дали сравнительно низкую оценку по шкале «Физическое функционирование».
3. По самооценке детей старшего школьного возраста с аскаридозом было установлено снижение показателей всех аспектов качества жизни.

Литература

1. Баранов А.А. Изучение качества жизни в педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская. - М.: Союз педиатров России, 2010. - 272 с.
2. Баранов А.А. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям / А.А.Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Устинова // Российский педиатрический журнал. - 2013. - № 2. - С 4-6.
3. Винярская И.В. Показатели качества жизни здоровых подростков, проживающих в разных регионах России / И.В. Винярская // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2007. - 3. - С. 37-40.
4. Гатиятуллина Л.Р. Показатели качества жизни детей младшего школьного возраста в республике Башкортостан / Л.Р. Гатиятуллина, В.А. Малиевский, И.В. Винярская, Г.М. Коновалова // Российский педиатрический журнал. - 2014. - Т. 17, № 5. - С. 34-38.
5. Гурова М.М. Качество жизни детей с хроническими гастродуоденитами / М.М. Гурова, И.Г. Хмелевская // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 11. - С. 16-22.
6. Ершова И.Б. Возрастные особенности клинических проявлений аскаридоза у детей / И.Б. Ершова, И.А.Лохматова // Врач-аспирант. - 2016. - №5(78). - С. 10-19.
7. Монахов М.В. Социальная характеристика семей в современной России и здоровье детей / М.В. Монахов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. - №1. - С.77-82.

8. Мочалова А.А. Взгляд на проблему гельминтозов и паразитозов на современном этапе / А.А. Мочалова, И.Б. Ершова // *Актуальная инфектология*. - 2014. - Т.3(2). - С.61-67.

9. Никитина Н.Н. Особенности качества жизни детей раннего возраста с учетом влияния медико-социальных факторов / Н.Н. Никитина, Е.И. Архипова // *Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого*. - 2016. - № 1 (92). - С. 65-71.

10. Тимофеева А.Г. Исследование качества жизни у детей с хроническими заболеваниями / А.Г. Тимофеева // *Вопросы современной педиатрии*. - 2008. - №7(6). - С.28-29.

Резюме

Ершова И.Б., Лохматова И.А. Оценка качества жизни детей с аскаридозом.

Цель исследования - провести оценку качества жизни детей школьного возраста с кишечной фазой аскаридоза. Обследованы 51 ребенок с кишечной стадией аскаридоза в возрасте от 8 до 18. Качество жизни детей изучали с помощью международного опросника PedsQL 4.0™ - Pediatric Quality of Life Inventory Peds QL 4.0™. Общий бал в группах детей с аскаридозом достоверно ниже, чем в контрольной группе детей. У детей младшего школьного возраста отмечены снижения шкал составляющих шкалу «Психосоциальное здоровье». У детей старшего школьного возраста достоверно снижены показатели всех шкал в сравнении с контрольной группой детей. Выводы: 1. Аскаридозная инвазия оказывает негативное влияние на качество жизни детей школьного возраста по всем аспектам. 2. Для детей младшего школьного возраста с аскаридозом характерным стало снижение показателей по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование». При этом их родители дали сравнительно низкую оценку по шкале «Физическое функционирование». 3. По самооценке детей старшего школьного возраста с аскаридозом было установлено снижение показателей всех аспектов качества жизни.

Ключевые слова: качество жизни, дети, аскаридоз, паразитозы.

Summary

Ershova I.B., Lokhmatoва I.A. Assessment of the quality of life of children with ascariasis.

The purpose of the study: to assess the quality of life of school children with the intestinal phase of ascariasis. 51 children with an intestinal phase of ascariasis aged from 8 to 18 years were examined. The children's quality of life was studied with the PedsQL 4.0™ (Pediatric Quality Life Inventory). The total score in groups of children with ascariasis is significantly lower than in the control group of children. Children of primary school age were noted to reduce the scale of the scale of "Psychosocial Health". In children of senior school age, the scores of all scales were significantly reduced in comparison with the control group of children. Conclusions: 1. Ascariidosis infestation has a negative impact on the quality of life of school-age children on all aspects. 2. Characteristic was the decline in indicators on the scales "Emotional functioning" and "School functioning" for children of primary school age with ascariasis. At the same time, their parents gave a relatively low score on the scale "Physical functioning". 3. The self-assessment of children of senior school age with ascariasis showed a decrease in the indicators of all aspects of the quality of life.

Key words: quality of life, children, ascariasis, parasitosis.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕКТИНСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ

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

*¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

²ГУ «Брянковская центральная городская многопрофильная больница» ЛНР

Введение

Лямблиоз – кишечная инвазия, вызываемая у человека одноклеточным паразитом лямблией кишечной. Название паразиту было дано в честь открывшего его учёного – Душана Дямбля. В зарубежной литературе также встречается другое название этого заболевания – жиардиаз. Согласно рекомендациям ВОЗ под лямблиозом подразумевается любой случай инвазии лямблиями – как клинически явный, так и бессимптомный [1]. Лямблиоз распространён повсеместно. В странах Азии, Африки, Латинской Америки лямблиями ежегодно заражаются около 200 млн человек. В мировом масштабе клинические проявления данной болезни регистрируются почти у 500 млн. человек в год [2]. На территории Российской Федерации регистрируется более 130 тыс. случаев в год, из которых 70 % приходится на детей в возрасте до 14 лет [3].

Лямблия - одноклеточный микроскопический паразит, который относится к типу простейших. Лямблии могут существовать в двух формах – вегетативной (трофозоит) и в виде цист. Размножение тропозоитов происходит в просвете тонкого кишечника. При повышенной секреции желчи лямблии выходят с калом в виде цист. Механизм передачи инвазии – фекально-оральный. Передача инвазии осуществляется несколькими путями: водным, пищевым и контактно-бытовым. "Излюбленная" локализация лямблий - ворсинки эпителия двенадцатиперстной кишки и верхнего отдела тощей. Здесь они размножаются. Прикрепляясь к поверхности тонкой кишки, лямблии блокируют всасывательную поверхность кишки, вследствие чего нарушаются процессы мембранного пищеварения, всасывание питательных веществ и некоторых витаминов.

Помимо поражения пищеварительной системы длительная персистенция лямблий в организме человека оказывает неблагоприятное воздействие на иммунную, нервную систему организма, способствует развитию аллергических реакций [4].

В клинической картине лямблиоза одним из ведущих является диспепсический синдром с явлениями диареи. В связи с этим в рацион питания больных желателен включение пектинсодержащих продуктов, то есть продуктов, богатых растительной клетчаткой. Известно, что пектины обладают адсорбирующими свойствами, являются стимуляторами моторики кишечника, антисептиками и нутриентами. Попадая в желудочно-кишечный тракт, пектин образует гели. При разбухании масса пектина обезвоживает пищеварительный канал и, продвигаясь по кишечнику, захватывает токсичные вещества. В фармацевтическом производстве Пектин (РЕСТIN) выпускается в разных формах. По анатомо-терапевтической классификации лекарственных средств (АТХ) он относится к кишечным сорбентам. Препарат содержит натуральный низкоэтерифицированный яблочный пектин, специальный яблочный экстракт, яблочные пищевые волокна, порошок из измельченных сухих цельных яблок [5].

В связи с этим **целью** нашего исследования было оценить клиническую эффективность применения пектинсодержащих препаратов на фоне этиотропной терапии острого лямблиоза у детей.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 47 детей с острым течением лямблиоза в возрасте от 7 до 18 лет. Во всех случаях диагноз подтверждался обнаружением цист и/или вегетативных форм в кале; дополнительно применялся серологический метод. Были сформированы две группы, однородных по возрасту и полу.

1-я группа детей (23 человека) получала стандартную терапию лямблиоза согласно Рабочему протоколу [1] с одновременным включением пектинсодержащего препарата в дозе 400 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней. Данный препарат принимался пациентами за 2 часа до или через 2 часа после приема других лекарственных средств. Критерии исключения: отсутствие согласия на исследование, наличие глистно-паразитарной инвазии (кроме изучаемого заболевания).

2-я группа (24 человека) получала исключительно стандартную терапию.

Производился сбор жалоб, анамнеза и клиническое обследование пациентов. Оценка эффективности проводимых лечебных мероприятий проводилась через 7 и 14 дней от начала терапии.

Статистическая обработка полученных данных и анализ результатов исследования проводились на персональном компьютере с использованием программ «Microsoft Office Excel 7.0» и «Statistica 10.0» (США). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот использовался критерий хи-квадрат (χ^2) с поправкой Йетса, при сравнении малых чисел применялся точный критерий Фишера. Для проверки различий между двумя выборками парных измерений применялся критерий критерий Мак-Немара. Критический уровень значимости (p) принимался за 0,05.

Полученные результаты и их обсуждение

При изучении частоты клинических проявлений через 14 дней от начала лечения с исходными данными было выявлено достоверное её снижение у детей обеих групп ($p < 0,05$), однако, у детей, получавших комплексную терапию с включением пектинсодержащего препарата, положительная динамика была более выражена, что показано в таблице 1.

Таблица 1

Частота регистрации клинических симптомов острого лямблиоза до лечения, через 7 и 14 дней от начала лечения, абс./%

Клинические проявления	1-я группа (n=23)			2-я группа (n=24)		
	до лечения	через 7 дней	через 14 дней	до лечения	через 7 дней	через 14 дней
Снижение аппетита	21/91,30	16/69,57	6/26,09*	24/100,0	19/79,17	15/62,5
Утомляемость	22/95,65	12/52,17	4/17,39*	21/87,5	16/66,67	12/50,0
Неустойчивый стул	17/73,91	3/13,04*	0	19/79,17	11/45,83	3/12,5
Интоксикация	9/39,13	0	0	8/33,33	0	0
Высыпания на коже	15/65,22	1/4,35*	0	18/75,0	8/33,33	1/4,17

Примечания: * - $p < 0,05$ - уровень статистической значимости при сравнении с показателями детей 2-й группы.

Так, через 7 дней от начала терапии жалобы на неустойчивый стул в 1-й группе детей предъявляли 3 (13,04%) пациентов, тогда как у детей

2-й группы данный признак в аналогичный период времени сохранялся у 11 (45,83%) человек ($p < 0,05$). Следует отметить, что через 14 дней у всех детей 1-й группы произошла нормализация стула, тогда как во 2-й группе нарушения стула продолжали беспокоить 3 (12,5%) детей.

Частота выявления кожных высыпаний через 7 дней от начала лечения в группе детей, получавших в дополнение к противоязвенной терапии пектинсодержащий препарат, снизилась до 4,35% и выявлялась у 1 человека, что статистически значимо реже, нежели во 2-й группе испытуемых ($p < 0,05$). Через 14 дней от начала терапии во 2-й группе сыпь сохранялась у 8 (33,33%) человек, в то время как у детей 1-й группы в аналогичный период времени она не регистрировалась.

Достоверная разница между группами также получена при сравнении частоты жалоб на снижение аппетита и утомляемость через 14 дней от начала лечения. Было обнаружено, что дети 2-й группы в 2,4 раза чаще жаловались на снижение аппетита и в 2,9 раза – на утомляемость, нежели их сверстники из 1-й группы ($p < 0,05$).

Клинические проявления интоксикации (слабость, повышение температуры тела, озноб) через 7 дней от начала лечения купировались у детей обеих групп.

Выводы

1. Включение пектинсодержащих препаратов в комплексную терапию лямблиоза у детей способствовало более раннему снижению частоты клинических симптомов заболевания: утомляемости в 2,4 раза, снижения аппетита – в 2,9 раза, нарушений стула – в 3,5 раза, кроме того быстрее исчезали высыпания на коже.

2. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения пектинсодержащих препаратов при остром лямблиозе у детей и могут быть использованы для усовершенствования терапии данного заболевания.

Литература

1. Бехтерева М. К. Рабочий протокол диагностики и лечения лямблиоза у детей / М. К. Бехтерева, Н. Е. Луппова, Е. А. Корниенко, С. Н. Минина [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2013. – №6. – С. 72-76.

2. Усенко Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза / Д.В. Усенко, С.Ю. Конаныхина // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – 14 (1). – С. 108-113.

3. Бельмер С. В. Лямблиоз у детей / С.В.Бельмер // РМЖ. – 2004. – № 3. – С. 141.

4. Сарбашева М. М. Диагностика и терапия лямблиоза у детей: проблемы и решения / М. М. Сарбашева, М.Х. Жекамухова, С.Ш. Чилаев, А.М. Биттиров // Российский паразитологический журнал. – 2009. – № 2. – С. 92-99.

5. Пектин: инструкция, применение, состав, побочные действия, описание, противопоказания, хранение [Электронный ресурс]. - URL: <http://farmaspravka.com/pektin-pectin> (дата обращения: 25.11.2018.).

Резюме

Ершова И.Б., Петренко О.В., Бортник О.А. Эффективность применения пектинсодержащих препаратов в комплексной терапии детей с лямблиозом.

Цель исследования - оценить клиническую эффективность применения пектинсодержащих препаратов на фоне этиотропной терапии острого лямблиоза у детей. **Обследовано** 47 детей с острым течением лямблиоза 7-18 лет. Диагноз верифицирован копрологическим методом. 1-я группа детей (23 человека) получала стандартную терапию лямблиоза с включением пектинсодержащего препарата (400 мг 3 раза в сутки - 10 дней), 2-я группа (24 человека) получала стандартную терапию. Через 7 дней терапии дети 1-й группы достоверно реже, нежели дети 2-й группы, имели нарушения стула, кожные высыпания ($p < 0.05$). Обследование через 14 дней от начала лечения показало уменьшение частоты жалоб на снижение аппетита (в 2,4 раза), утомляемость (в 2,9 раз) по сравнению со сверстниками, находившимися на стандартной терапии. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения пектинсодержащих препаратов при лямблиозе у детей и могут быть использованы для усовершенствования терапии данного заболевания.

Ключевые слова: дети, паразитарные заболевания, лямблиоз, пектин.

Summary

Ershova I.B., Petrenko O.V., Bortnik O.A. The effectiveness of pectin-containing drugs in the treatment of children with giardiasis.

The purpose of the study is to evaluate the clinical efficacy of the use of pectin-containing drugs against the background of etiotropic treatment of acute giardiasis in children. 47 children with an acute course of giardiasis of 7-18 years. The diagnosis is verified by the coprological method is examined. The 1st group of children (23 people) received standard giardiasis therapy with the inclusion of pectin-containing drug (400 mg 3 times a day for 10 days), the 2nd group (24 people) received standard therapy. After 7 days of therapy, children of the 1st group were significantly less likely than children of the 2nd group, had stool disorders, skin rashes ($p < 0.05$). Examination after 14 days from the start of treatment showed a decrease in the frequency of complaints of decreased appetite (by 2.4 times), fatigue (by 2.9 times) compared with peers who were on standard therapy. The results obtained indicate the effectiveness of the use of pectin-containing drugs for giardiasis in children and can be used to improve the treatment of this disease.

Keywords: children, parasitic diseases, giardiasis, pectin.

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

ВЛИЯНИЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ И ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У ЖЕНЩИН

С. В. Капранов

ГС «Алчевская городская санитарно-эпидемиологическая станция» МЗ ЛНР

Введение

На современном этапе в мировом сообществе большое внимание уделяется проблемам защиты здоровья детского населения. Так, в ст. 6. «Конвенции ООН о правах ребенка» указано, что «Государства-стороны обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка», а согласно ст. 24 этого документа «Государства-стороны признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы охраны здоровья, способами лечения заболеваний и восстановления здоровья; принимают меры по обеспечению информацией всех слоев населения, особенно родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществе грудного вскармливания...» [1].

Разработка и внедрение эффективных мероприятий по улучшению состояния здоровья детского населения возможны на основании анализа факторов среды жизнедеятельности, влияющих на организм матери и новорожденных детей.

В результате проведенных исследований установлено, что формирование здоровья ребенка в перинатальный период является сложным многофакторным процессом, который детерминируется состоянием организма беременной, течением беременности, влиянием организма матери на плод и техногенным загрязнением окружающей среды [2]. Установлено, что повышенная чувствительность к загрязнителям окружающей среды характерна для беременных женщин, что отражается на состоянии эмбриона, плода и новорожденного [3-6].

Также значительное влияние на организм женщин и состояние здоровья новорожденных детей оказывает образ жизни будущих матерей. В результате проведенных исследований установлена роль уровня образования, материальной обеспеченности и курения, как

рисков возникновения бесплодия и других репродуктивных нарушений у женщин [7]. Доказано, что курение женщин оказывает отрицательное влияние на их репродуктивное здоровье, проявлением которого являются: самопроизвольные выкидыши, бесплодие и рождение детей с врожденными аномалиями развития [8-9]. Установлено вредное влияние на состояние здоровья детей не только курения их матерей в период беременности, но также употребления ими алкоголя и ряда лекарственных препаратов и, кроме того, низкий уровень образования женщин [10].

Одним из важных факторов, положительно влияющих на состояние здоровья новорожденных детей, является их кормление в достаточном количестве женским молоком. Это обусловлено тем, что с момента рождения имеется соответствие ферментативных систем ребенка и пищевых ингредиентов молока матери. Вскармливание ребенка на первом году жизни женским молоком называется естественным или грудным.

На способность матери кормить ребенка женским молоком оказывают влияние различные факторы среды жизнедеятельности. В результате проведенных исследований установлено, что возможность кормить новорожденных детей только собственным грудным молоком достоверно меньше у женщин, проживающих в городе с крупными производствами черной металлургии и коксохимии в условиях высокой техногенной нагрузки на окружающую среду, по сравнению с женщинами из сельских населенных пунктов и других городов с более благоприятной экологической обстановкой [11].

Значимое влияние на лактацию матерей оказывает состояние их здоровья. Согласно полученным данным, у рожениц, которые во время беременности страдали преэклампсией тяжелой степени и были родоразрешены оперативным путем, во время родов сдвиги в виде понижения секреции пролактина оказались более выраженными по сравнению с контрольной группой женщин. Их лактационный период продолжался только три месяца и лактация была неполноценной по количеству образующегося молока. Установлено, что заболевания матери (хронический пиелонефрит, сердечно-сосудистые болезни и заболевания эндокринной системы), на фоне которых во время беременности развивается преэклампсия, приводят к нарушениям в маточно-плацентарном кровообращении. Вследствие этого возникает фетоплацентарная

недостаточность, внутриутробная гипотрофия плода и нарушение лактационной функции [12].

В то же время, представляется важным изучить и оценить влияние на возможность грудного вскармливания у женщин различных условий образа жизни.

Целью работы явилось изучение влияния валеологических условий и факторов социальной среды жизнедеятельности на возможность кормления женщин собственным грудным молоком с последующей разработкой оздоровительных мероприятий.

Материалы и методы исследования

Исследования выполнены в большом индустриальном городе Алчевске с крупными производствами черной металлургии и коксохимии. Осуществлена оценка влияния факторов социальной среды жизнедеятельности на здоровье 496 беременных женщин с использованием данных, полученных в Алчевском городском родильном доме. С этой целью на каждую беременную роженицу и родильницу выкопировывали из медицинской документации и заполняли учетный документ, который включал следующие данные: возраст, домашний адрес (для учета экологической обстановки, в первую очередь загрязнения атмосферы в районе проживания), образование, место работы, профессия (должность), условия труда (профессиональные вредности), количество предыдущих беременностей, родов и абортов, длина и масса тела, наличие или отсутствие осложнений беременности и родов, исход данной беременности, сведения о лактации (достаточная, недостаточная) и вскармливании (грудное, сцеженным молоком, донорское). С использованием общепринятых методов выполнена сравнительная оценка способности кормить детей грудным молоком у женщин, разделенных на определенные группы в зависимости от изучаемых факторов среды жизнедеятельности.

Полученные результаты и их обсуждение

Способность женщин кормить детей грудным молоком зависит от лактации – начинающегося после родов под действием гормонов процесса образования молока в молочных железах и периодического его выделения. Установлено, что в первые три условные возрастные периоды жизни женщин: до 20 лет, 21-25 лет и 26-30 лет удельный вес матерей с достаточной лактацией составил соответственно – $87,83 \pm 3,05\%$, $87,50 \pm 2,44\%$ и $86,67 \pm 3,32\%$ и в указанных группах статистически не различаются ($p > 0,05$). Только в возрасте

старше 30 лет процент женщин с достаточной лактацией возрастает – 95,16±2,73%, что достоверно выше, чем аналогичный показатель у матерей в 21-25 и 26-30 лет ($p < 0,05$). Полученные данные в табл. 1.

Таблица 1

Удельный вес женщин с различной степенью лактации в зависимости от возраста, % (n=466)

Возраст матери	Удельный вес женщин с лактацией:	
	достаточной	недостаточной
1. До 20 лет	87,83±3,05	12,17±3,05
2. 21-25 лет	87,50±2,44	12,50±2,44
3. 26-30 лет	86,67±3,32	13,33±3,32
4. 31 год и старше	95,16±2,73	4,84±2,73
$P_{1,2}$	> 0,05	> 0,05
$P_{1,3}$	> 0,05	> 0,05
$P_{1,4}$	> 0,05	> 0,05
$P_{2,3}$	> 0,05	> 0,05
$P_{2,4}$	< 0,05	< 0,05
$P_{3,4}$	< 0,05	< 0,05

Установлено, что удельный вес женщин, использующих для кормления детей только грудное молоко, достоверно выше среди матерей, у которых отсутствовали осложнения беременности, – 66,47±3,65%, по сравнению с лицами, у которых указанные осложнения зарегистрированы – 52,58±2,75% ($p < 0,01$). При этом удельный вес рожениц, практиковавших только грудное вскармливание, достоверно выше в группе тех женщин, у которых отсутствовала угроза прерывания беременности, – 60,05±2,35%, по сравнению с женщинами, подвергавшимися такой угрозе – 38,10±6,12% ($p < 0,001$). В то же время, удельный вес женщин, кормящих детей только грудным молоком, достоверно ниже в группе рожениц, у которых в период беременности было диагностировано ОРВИ – 42,31±6,85%, чем у тех, у кого указанные осложнения беременности не были зарегистрированы – 59,01±2,33% ($p < 0,05$).

Также установлено, что процент женщин, кормящих новорожденных детей только грудным молоком, самый низкий при первой беременности – 42,93±3,65%, что достоверно ниже, чем при второй – 68,57±4,53% и каждой последующей беременности ($p < 0,01-0,001$). Самый высокий удельный вес матерей, кормящих детей только грудным молоком,

выявлен при шестой и более беременности – $72,22 \pm 7,47\%$. И наоборот, женщин, применявших кроме грудного другой вид вскармливания, наиболее высокий у лиц с первой беременностью – $53,27 \pm 3,68\%$, что в 2,1 раза выше, по сравнению с матерями, имевшими шестую и более беременности – $25,00 \pm 7,22\%$ ($p < 0,01$). Удельный вес женщин, кормящих детей только грудным молоком, самый низкий у первородящих – $51,08 \pm 3,00\%$, по сравнению с родившими ребенка второй раз – $63,59 \pm 3,78\%$, а также второй и более раз – $62,56 \pm 3,26\%$ ($p < 0,01$).

В результате проведенных исследований установлено, что способность женщин кормить детей грудным молоком в значительной степени детерминирована образованием матери. Так, удельный вес матерей, кормящих детей только грудным молоком, ниже всего в группе женщин с высшим образованием – $51,11 \pm 7,45\%$, что в 1,6 раз меньше, по сравнению с женщинами с образованием ниже среднего (в том числе, не законченным средним) – $83,75 \pm 4,12\%$ ($p < 0,001$). По данному показателю (кормление детей только грудным молоком) женщины со средним образованием занимают промежуточное положение – $57,34 \pm 2,92\%$.

Выводы

1. Таким образом, способность женщин кормить детей только грудным молоком детерминирована валеологическими условиями и факторами социальной среды жизнедеятельности. Физиологическая способность женского организма производить грудное молоко, возможность и желание женщин фактически осуществлять грудное вскармливание находятся в зависимости от порядковых номеров беременностей, родов, характера течения беременности, возраста и уровня образования матерей. Последний из факторов определяет социальное положение, воспитание, стиль жизни женщин и другие условия, которые также оказывают влияние на процесс грудного вскармливания.

2. Удельный вес женщин, использующих для кормления новорожденных детей только грудное молоко, достоверно выше среди матерей, у которых отсутствовали осложнения беременности и угроза прерывания беременности, а также у тех, которые родили ребенка в возрасте старше 30 лет. Процент женщин, кормивших детей только грудным молоком самый низкий у матерей, родивших ребенка от первой беременности, в результате первых родов и у женщин, имевших высшее образование.

3. Полученные в результате исследований данные могут быть использованы для разработки и внедрения мероприятий, направленных на укрепление здоровья женщин - будущих матерей, усовершенствование медицинского обслуживания рожениц и родильниц, а также при планировании семьи.

Литература

1. Конвенция о правах ребенка (принята Генеральной Ассамблеей ООН, резолюция 44/25 от 20.11.1989 г.).

2. *Effects of maternal exposure to cadmium on pregnancy outcome and breast milk* / M. Nishijo, N. Nakadawa, R. Honda [et al.] // *Occur. and Environ. Med.* – 2002. – Vol. 59, №6. – P. 394-397.

3. Бердник О.В. Чувствительность организма к факторам окружающей среды / О.В. Бердник // *Довкілля та здоров'я.* – 2000. – №1(12). – С. 38-41.

4. Голованева Г.В. Здоровье беременных женщин в городах с различной техногенной нагрузкой / Г.В. Голованева // *Медицина труда и промышленная экология.* – 2002. – №8. – С. 5-9.

5. Даутов Ф.Ф. Репродуктивное здоровье женщин на территориях города с разным уровнем антропогенной нагрузки / Ф.Ф. Даутов, Л.М. Тухватуллина, Е.Н. Черепанова // *Гигиена и санитария.* – 2009. – № 1. – С. 17-19.

6. Линчак О.В. Генотонд і здоров'я: спрямованість генетико-демографічних процесів в умовах депопуляції / О.В. Линчак, О.І. Тимченко. – К., 2011. – 265 с.

7. Тимченко О.І. Генотонд і здоров'я населення: значення соціально-економічних чинників у виникненні репродуктивних розладів серед жінок України / О.І. Тимченко, О.В. Линчак, І.О. Курило. – К.: МВЦ «Медінформ», 2010. – 150 с.

8. Зінченко Г.Г. Поширеність паління та репродуктивних невдач серед жінок Київської області з різним рівнем освіти / Г.Г. Зінченко, І.О. Курило, О.В. Линчак // «Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України»: Збірка тез доповідей науково-практичної конференції (четверті марзеевські читання, присвячені 125-річчю з дня народження О.М. Марзеева). 22-23 травня 2008 р. – Випуск 8. – Київ, 2008. – С. 121-122.

9. Salihu H.M. Stillbirths and infant deaths associated with maternal smoking among mothers / H.M. Salihu, M.N. Shumpert // *Am. J. Perinatal.* – 2004. – Vol. 21, №1. – P. 121-129.

10. О создании системы ранней диагностики и профилактики изменений здоровья детей, обусловленных воздействием тяжелых металлов / И.Н. Ильченко, А.И. Вялков, Л.Е. Сырцова и др. // *Гигиена и санитария.* – 2007. – № 6. – С. 70-74.

11. Капранов С.В. Особенности вскармливания новорожденных детей различных населенных пунктов Луганской области / С.В. Капранов, Э.П. Манонова // *Актуальні питання охорони здоров'я дітей та підлітків Донбасу: Зб. наукових робіт.* - Луганськ, 1998. - Випуск 4. - С. 66-69.

12. Морозова Н.А. Лактационный процесс на фоне преэклампсии / Н.А. Морозова, А.А. Железная, Н.И. Морозова [и др.] // Университетская клиника. – 2018. – Приложение: II Международный медицинский форум Донбасса «Наука побеждает... болезнь»: 14-15 ноября 2018 г., Донецк. – С. 263-266.

Резюме

Капранов С. В. *Влияние валеологических условий и факторов социальной среды жизнедеятельности на возможность грудного вскармливания у женщин*

Осуществлена оценка влияния факторов социальной среды жизнедеятельности на здоровье 496 беременных женщин с использованием данных, полученных в Алчевском городском родильном доме. Установлено, что способность женщин кормить детей только грудным молоком детерминирована валеологическими условиями и факторами социальной среды жизнедеятельности. Удельный вес женщин, использующих для кормления новорожденных детей только грудное молоко, достоверно выше среди матерей, у которых отсутствовали осложнения беременности и угроза прерывания беременности, а также у тех, которые родили ребенка в возрасте старше 30 лет. Процент женщин, кормивших детей только грудным молоком самый низкий у матерей, родивших ребенка от первой беременности, в результате первых родов и у женщин, имевших высшее образование. Предложены профилактические мероприятия.

Ключевые слова: среда жизнедеятельности, женщины, грудное вскармливание.

Summary

Капранов S.V. *Influence of valeological conditions and factors social environmental activity at possibility of breastfeeding in women.*

An assessment was made of the influence of social life factors on the health of 496 pregnant women using data obtained in the Alchevsk city maternity hospital. It has been established that the ability of women to feed children only with breast milk is determined by valeological conditions and factors of the social environment of vital activity. The proportion of women who use only breast milk for feeding newborns is significantly higher among mothers who had no pregnancy complications and threatened abortion, as well as those who gave birth to a child over 30 years of age. The percentage of women who fed only breast milk to babies is the lowest among mothers who have given birth to their first pregnancy, as a result of the first birth, and among women who have had a higher education. Proposed preventive measures.

Key words: living environment, women, breastfeeding.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.Н. Давидчук

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

О.В. Кононенко, О.В. Телешова, О.В. Зинченко,
И.Н. Горяникова, Е.В. Бургело, А.Е. Антонова
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Введение

Охрана здоровья матери и ребенка остается одной из актуальных проблем современной медицины. В отечественных и зарубежных публикациях немалое значение придается синдрому задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР). Известно, что частота этой патологии в среднем регистрируется от 6,5 до 44% беременностей и имеет тенденцию к росту [2, 4, 5, 6]. При наличии этого синдрома резко возрастает уровень перинатальной заболеваемости и смертности [1, 2, 7, 8, 9, 11]. Также высок риск заболеваемости соматической патологией в более поздние периоды развития [10]. Однако вопросы выявления маркеров развития этой патологии до сих пор остаются дискуссионными.

Связь работы с научными планами, программами, темами. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры патологической анатомии «Нарушения роста и развития фето-плацентарного комплекса в условиях соматической и гестационной патологии», 0113U008417 (2013-2018).

Целью данного исследования явилось изучение морфо-стереометрических особенностей плацент при задержке внутриутробного развития плода.

Материалы и методы исследования

Материалом служили архивные данные Луганской областной детской клинической больницы. Исследованы 34 плаценты, полученные путем искусственного прерывания беременности по социальным показаниям в сроке гестации 23-25 недель.

После анализа показателей массы плодов и плацент все случаи были разделены на две группы: I группа (ЗВУР) – с высоким плацентарно-плодовым коэффициентом (ППК)– $0,314 \pm 0,025$ и II

группа – контроля, ППК $0,189 \pm 0,007$, $p < 0,001$. Методика макро-, микроскопического исследования плацент, стереометрического анализа ворсинчатого хориона и морфометрического исследования плацентарного барьера была описана нами раньше [3].

Полученные результаты и их обсуждение

Макроскопическое исследование плацент показал, что в группе ЗВУР встречались добавочные доли, субхориальные гематомы, отмечался отёк пупочного канатика, регистрировалось наличие ложных узлов. Анализ вида плаценты на разрезе показал, что в I группе чаще, чем в контроле регистрировались морфологические признаки анемии. При микроскопическом анализе выявлено, что в группе с нарушением внутриутробного развития плода в 20% случаев регистрировались субхориальные гематомы. Массы фибриноида розового цвета в плацентах основной группы исследований также выявлялись чаще, чем в контроле (20% против 10% соответственно). В 50 % случаев группы ЗВУР отмечалось наличие ворсин, окруженных массами фибриноида с дистрофическими и некробиотическими процессами, и нередко – с отложениями солей кальция (против 10% «склеенных» ворсин в контрольной группе).

Присутствие красных тромбов в межворсинчатом пространстве (МВП) было отмечено только в основной группе исследования (70% наблюдений). Считаем необходимым обратить внимание на тот факт, что в 20% исследований группы с задержкой внутриутробного развития плода регистрировалось формирование ишемических инфарктов. Строма отдельных ворсин характеризовалась наличием отложения солей кальция. Так, в крупных ветвях ворсинчатого дерева очаги кальциноза выявлялись в половине наблюдений группы ЗВУР, в то время, как в контроле, признаки обызвествления стволых ворсин было отмечено лишь в трети исследований.

Артерии и вены стволых ворсин располагались обычно в центре интерстиция. Процессы неоангиогенеза регистрировались в ворсинах основной группы в 3 раза реже, чем в группе контроля (10% против 30% соответственно). При этом в ворсинах крупного калибра в половине случаев группы ЗВУР отмечалась очаговая гиповаскуляризация (аналогичные признаки в группе контроля регистрировались лишь в 20% ворсин). Признаки кальциноза эндотелия сосудов и продуктивный эндovasкулит зафиксированы только в группе с признаками ретардации плода в 20% случаев.

Анализ особенностей васкуляризации промежуточных ворсин двух групп показал, что в отличие от неосложненного течения беременности, промежуточные ворсины группы ЗВУР характеризовались весьма разнообразной картиной ангиоархитектоники сосудистого русла. Так в 10% наблюдений регистрировался ангиоматоз сосудов промежуточных ворсин основной группы (в отличие от контроля). Гиперемия сосудов промежуточных ворсин отмечена во всех плацентах группы ЗВУР (против 70% группы контроля). При этом, очаговая гиповаскуляризация стромы ворсин также отмечалась в большинстве плацент основной группы исследования (70%) (против 20% плацент в группе контроля).

Наличие солей кальция в строме промежуточных ворсин было зарегистрировано в 20% случаев I группы. При этом кальциноз промежуточных ворсин группы контроля отмечен не был.

Пролиферация эндотелия сосудов промежуточных ворсин отмечалась в половине случаев (60%) основной группы исследования исследований (в норме это состояние не выявлено). Также в 1 случае группы ЗВУР зарегистрированы признаки продуктивного васкулита. Интерстиций терминальных отделов ворсинчатого дерева в двух группах исследования чаще был полнокровным.

Обращало на себя внимание наличие большого количества концевых ворсин с признаками гиповаскуляризации. Так, последние выявлялись в 20% случаев в основной группе (против 10% в контроле). В одном случае группы с ретардацией развития были зарегистрированы бессосудистые ворсины (в контроле такие ворсины не наблюдались). Исследование стереометрических особенностей плацент показало в группе ЗВУР достоверное увеличение удельного объема инфарктов, а также стромы терминальных ворсин (соответственно $2,8 \pm 0,95$ и $58,56 \pm 1,98$ против $0,7 \pm 0,32$ и $52,07 \pm 2,75$, $p < 0,05$ в контроле). Также отмечалось увеличение толщины плацентарного барьера до $11,87 \pm 0,12$ ммк ($10,92 \pm 0,09$ ммк в контроле, $p < 0,001$).

Подводя итог сказанному, необходимо отметить, что в плацентах группы с задержкой внутриутробного развития регистрировались особенности макроскопического строения: отмечено наличие субхориальных гематом, отек пупочного канатика, добавочные доли и ложные узлы, признаки анемии.

Гистологическое исследование показало наличие: субхориальных гематом, масс фибриноида и красных тромбов

в МВП, «склеенных» ворсин, начало формирования ишемического инфаркта. В створовых ворсинах отмечено замедление процессов неоагниогенеза, наличие продуктивного эндovasкулита, в строме отдельных ворсин определялись отложения кальция. В промежуточных ворсинах - очаги гиповаскуляризации, отложение солей кальция в строме ворсин, выраженные процессы пролиферации эндотелия сосудов. В терминальных ворсинах - гиповаскуляризация, наличие бессосудистых ворсины.

Выводы

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что в случаях ретардации плода на 23-25 неделе гестации в плацентах отмечены структурные изменения, которые говорят о пролонгировании процессов гистогенеза ворсин, усилении патологических процессов, нарушении гемангиогенеза. Перечисленные изменения могут быть причиной нарушения обмена в системе плацента-плод в 23-25 недель беременности, и, в результате, способствовать возникновению ретардации внутриутробного развития плода.

Литература

1. Ведение беременности при задержке роста плода / М.Б. Ганичкина, Д.А.Мантрова, Н.Е.Кан [и др] // *Акушерство и гинекология*. – 2017. - № 10. – С 5-10.
2. Мирошниченко М.С. Патологічна анатомія серця при затримці внутрішньоутробного розвитку. Автореф. Дис... канд. мед. наук. / М.С. Мирошниченко. - Харків, 2011. – 20 с.
3. Морфо-функціональні особливості системи «мати-плацента-плід» під час затримки внутрішньоутробного розвитку плоду у терміні гестації 20-25 тижнів / О.С. Решетнікова, О.В. Кононенко, О.В. Телешова [и др] // *Український морфологічний альманах*. – 2008. – Том 6, №2. – С.18-20.
4. Особливості розвитку дітей з внутрішньоутробною затримкою росту. / С.М. Янюта, О.І. Жданович, Т.В. Коломійченко, В.П. Присяжнюк // *Современная педиатрия*. – 2008. - № 3 (20). – С. 121-123.
5. Палади Г. Задержка роста плода: диагностика и оптимальный метод родоразрешения / Г.Палади, К.Илиади-Тулбуре, У.Табуйка // *Акушерство и гинекология*. – 2011. - № 5. – С 45-48.
6. Прогнозирование и ранняя диагностика синдрома задержки роста плода. / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, А.И. Давыдов [и др] // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. - 2014. - № 13(4). – С. 5-11.
7. Прогнозирование синдрома задержки роста плода у беременных высокого риска / А.Н. Стрижаков, М.М. Мирющенко, И.В. Игнатко [и др] // *Акушерство и гинекология* – 2017. - № 7. – С. 34-44.

8. Степанюк А.Г. До питання щодо затримки внутрішньоутробного розвитку плода. / А.Г.Степанюк, В.Д. Гриб. // Здоров'я жінчини. – 2008. - №4 (36). – С. 95-96.

9. Холин А.М. Патологическая плацентация и прогнозирование преэклампсии и задержки роста плода в первом триместре // А.М. Холин, З.С. Ходжаева, А.И. Гус // Акушерство и гинекология. – 2018. - № 5. – С. 12-19.

10. Barker D.J.P. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life / D.J.P. Barker, P.D. Gluckman, K.M. Godfrey, [et al] // Lancet. – 1993. – Vol. 341. – P. 938-941.

11. Lin C.C. Current concepts of fetal growth restriction: Causes, classification, and pathophysiology / C.C. Lin, J. Santolaya-Forgas // Obstet. and Gynecol. ACOG. – 2000. – Vol. 19, № 6. – P. 310.

Резюме

Кононенко О.В., Телешова О.В., Зинченко О.В., Горяникова И.Н., Бургело Е.В., Антонова А.Е. Особенности строения плаценты при задержке развития плода.

Цель данного исследования - изучение морфологических особенностей строения плаценты при задержке внутриутробного развития плода (ЗВУР). Материал - 34 плаценты, полученные путем искусственного прерывания беременности по социальным показателям. Результаты: в плацентах группы ЗВУР чаще, чем в контроле регистрировались субхориальные гематомы, отек пупочного канатика, наличие добавочных долей. Гистологическое исследование показало отложение масс фибриноида в межворсинчатом пространстве, а также наличие ишемических инфарктов и "склеенных" ворсин в группе ЗВУР. Ворсинчатый хорион характеризовался очагами сниженной васкуляризации. Ворсины крупных и средних калибров характеризовались отложениями солей кальция, а терминальные - гиповаскуляризацией. Отмечается усиление некротических процессов. Стереометрическое исследование показало утолщение плацентарного барьера при ЗВУР.

Ключевые слова: ЗВУР, плацента, гистология.

Summary

Kononenko O., Teleshova O., Zinchenko O., Goryanikova I., Burgelo E., Antonova A. Peculiarities of placenta in cases of fetal growth retardation.

34 placentas were studied morphologically at 23-25 weeks of gestation collected after termination of pregnancy for socio-economic reasons. In cases of intrauterine growth retardation (IUGR) subchorionic hematomas, cords oedema and additional placenta's lobes has found more often than at pregnancy without IUGR. Intervillous fibrinoid, ischemic infarcts, 'stuck' villi by fibrinoid, villous hypovascularisation, calcification were typical for the IUGR histology. The intensification of necrosis in placental tissue were seen. Stereometrical evaluation has shown the thickening of the placental membrane in cases of IUGR at various stages of gestation.

Key words: IUGR, placenta, histology.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.И. Лузин

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИДРОГЕСТЕРОНА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЖЕНЩИН СТАТЬ МАТЕРЬЮ

Т.В. Лисовская, Т.Ю. Трофименкова

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Введение

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщины является важнейшей медицинской и государственной задачей. Раннее выявление и правильная диагностика того или иного типа гинекологической и акушерской проблемы, а также применение адекватных методов лечения выявленной патологии, приводит к восстановлению репродуктивного здоровья женщины и наступлению беременности. Чрезвычайно важная роль коррекции репродуктивного здоровья женщины принадлежит прогестагенам. Ведь дефицит прогестерона - основного гормона беременности, зачастую имеет место при бесплодии, невынашивании, и поэтому именно эти патологические состояние, в первую очередь, являются показанием к применению прогестагенов [2,4,6,9].

В последнее время в научной литературе встречается достаточно обширная а, иногда, противоречивая и бескомпромиссная информация о преимуществах применения того или иного прогестагена с целью как лечения гинекологической патологии, связанной с дефицитом прогестерона так и применение гестагенов при лечении и профилактике невынашивания беременности. В дискуссии принимают участие не только акушеры-гинекологи, но и даже фармакологи [3,5,7,10].

Поэтому в настоящей работе приведены наглядные клинические примеры применения Дидрогестерона с целью коррекции репродуктивного здоровья женщины. А что, если не яркий клинический случай доказанной эффективности препарата, может помочь любому практикующему акушеру - гинекологу сделать свой выбор.

Цель настоящего исследования - доказать клиническую эффективность Дидрогестерона и Фемостона 2/10 в коррекции репродуктивного здоровья женщины.

Материалы и методы исследования

Вашему вниманию предоставляются 3 клинических случая течения гинекологической патологии связанной с репродуктивным здоровьем женщины, а также течение беременности, родов и послеродового периода у этих пациенток. Данные клинические варианты гинекологических эндокринных проблем можно отнести к разряду так называемых "интересных случаев" в клинической практике врача.

Полученные результаты и их обсуждение

Олеся С. 25 лет, жительница г. Алчевска Луганской области обратилась на консультативный приём с жалобами на отсутствие менструаций в течение последних 5 месяцев, бесплодие в течение 3х лет регулярной половой жизни. Снижение массы тела. В анамнезе были выявлены только простудные заболевания. Месячные начались с 13 лет, нарушений цикла не было. Однако, на протяжении года отмечает задержки месячных на 1,5-2 месяца с последующим их отсутствием на протяжении последних 5 месяцев. При объективном обследовании выявлено снижение массы тела по отношению к росту больной. При влагалищном исследовании со стороны наружных и внутренних половых органов существенной патологии выявлено не было. При исследовании гормонального статуса выявлено обратное отношение гонадотропных гормонов гипофиза ФСГ/ЛДГ = 1:1,2 (норма 2:1) - более точный в диагностическом аспекте показатель, чем значение каждого гормона в отдельности, из-за большой вариабельности нормальных значений [1, 3].

При обследовании гормональной функции яичников, уровень прогестерона был снижен до 3,0 нмоль/л. Показатели всех фракций эстрогенов были незначительно снижены, при нормальных показателях уровней - ТТГ, пролактина, тестостерона.

При УЗИ обследовании размеры матки и яичников были в пределах нормы, М-Эхо 5 мм с отсутствием секреторной трансформации эндометрия. Яичники были кистозно изменены. На основании проведённого клинико-лабораторного обследования был поставлен диагноз: Бесплодие I гормонального генеза. Поликистоз яичников.

Учитывая выявленную патологию с первого дня менструальноподобной реакции, полученной на фоне введения прогестерона, была назначена циклическая гормональная терапия: Фемостоном 2/10 на протяжении 3х менструальных циклов с периодической гепатопротекторной терапией.

На фоне циклической гормонотерапии регулярный менструальный цикл восстановился полностью, восстановился вес, улучшилось общее состояние больной. Нормализовались гормональные показатели функции гипофиза и яичников. Продолжительно изменилась УЗИ картина: М-Эхо к середине менструального цикла составила 10 - 11 мм, Однако, признаки полноценной секреторной фазы отсутствовали. Поэтому дополнительно с 14 по 25 день цикла, на фоне циклической гормональной терапии фемостоном 2/10, был назначен Дуфастон по 10 мг 2 раза в сутки. Беременность наступила на третьем месяце сочетанной гормональной терапии без стимуляции овуляции.

С целью профилактики невынашивания беременности, у женщины с особо отягощенным гинекологическим анамнезом, прием Дуфастона в дозе 20 мг в сутки был продолжен до срока беременности 15-16 недель с постепенным снижением дозы с 20 мг до 10 мг и до 5 мг в сутки. Критические сроки беременности: период имплантации, период плацентации дополнительно проводилась профиллактическая, метаболическая терапия дисфункции плаценты. Беременность протекала без осложнений, закончилась срочными родами через естественные родовые пути. Родилась доношенная девочка, массой 3200 г, длиной 50 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. В настоящее время ребенок растет и развивается физиологически.

Второй клинический случай больная В. 33 года, жительница Лутугинского района Луганской области. Обратилась на консультативный прием с жалобами на скудные (в течении одного дня) месячные при сохранении регулярного цикла, вторичное бесплодие, периодические головные боли. Из анамнеза выяснено: скудные месячные отмечаются на протяжении последнего года. Причем сокращение дней менструации происходило постепенно с 4-5 дней до одного дня менструальноподобных выделений. Менструация с 14 лет по 4-5 дней через 28-30 дней. В анамнезе одни роды, 1 медицинский аборт, оперативное лечение по поводу разрыва кисты правого яичника. Яичник сохранён.

При объективном обследовании выявлено повышение массы тела по отношению к росту больной. При влагалищном исследовании патологии со стороны наружных и внутренних половых органов не выявлено. Пациентка обследована невропатологом и эндокринологом - патологии не выявлено.

Представляет интерес тот факт, что при отсутствии отклонений от нормальных показателей гормонального статуса гонадотропных гормонов гипофиза и яичников, проведённого согласно фазам менструального цикла, патологические изменения выявлены только при трансвагинальной эхографии.

При УЗИ обследовании установлено, что патологии со стороны матки и яичников выявлено не было, М-Эхо к 14-15 дню менструального цикла составила 4 мм, с полным отсутствием секреторной трансформации эндометрия.

На основании проведенного клинико-лабораторного обследования был выставлен диагноз: Бесплодие I. Недостаточность лютеиновой фазы. Опсоменорея. Ожирение I.

С учетом репродуктивного и гинекологического анамнеза была назначена циклическая гормонотерапия препаратом Фемостон 2/10.

На фоне 4х месяцев циклической гормонотерапии Фемостоном 2/10 менструальный цикл восстановился полностью. Беременность наступила спонтанно, неожиданно для самой пациентки на пятом месяце циклической гормонотерапии без стимуляции овуляции и коррекции лютеиновой недостаточности.

С учётом отягощенного гинекологического анамнеза с ранних сроков беременности был назначен Дуфастон 20 мг сутки с постепенным снижением дозы до 10 мг в сутки и в последующем до 5 мг в сутки. Гормональная коррекция беременности проводилась до срока гестации 20-21 неделя. В критические сроки беременности была проведена метаболическая терапия с целью профилактики дисфункции плаценты.

Обращает на себя внимание тот факт, что на протяжении всей беременности женщина прибавила в весе только 2 кг.

Роды произошли в срок, закончились оперативно. Показанием к операции Кесарево сечения были: первичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции на фоне отягощенного акушерского и гинекологического анамнеза.

Родилась живая доношенная девочка массой 2950 г, длиной 50 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. В настоящее время ребенок растет и развивается физиологически, в умственном развитии опережает своих сверстников.

Третий случай пациентка Н., 29 лет жительница г. Донецк (РФ) обратилась на прием с единственной жалобой - бесплодие I. Из анамнеза выяснено: одни роды в первом браке. Во втором браке пер-

вая беременность - внематочная, закончилась сальпингэктомией левой маточной трубы. Вторая беременность - внематочная, закончилась сальпингэктомией правой маточной трубы. Менструальная функция не нарушена.

При объективном обследовании патологии не выявлено. При зеркальном осмотре и влагалищном обследовании патологии не выявлено. Дополнительное исследование гормональной функции гипофиза и яичников - патологии выявлено не было.

Учитывая отягощенный гинекологический анамнез больной была проведена терапия спаечного процесса органов малого таза (АУФОК крови, биофорез органов малого таза).

По данным научной литературы одной из этих патогенетических теорий развития внематочной беременности являются сложные нейроэндокринные нарушения, влияющие на жизнедеятельность и транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточным трубам [2, 8]. С целью коррекции этих нарушений дидрогестерон был назначен с 14 по 25 день менструального цикла по 20 мг в сутки. Беременность наступила спонтанно, без стимуляции овуляции на третьем цикле приема дидрогестерона. Учитывая сугубоотягощенный гинекологический анамнез женщины, с целью профилактики невынашивания беременности, Дуфастон применяли по 20 мг в сутки с постепенным снижением дозы до 5 мг в сутки до срока беременности 20-21 неделя. Беременность протекала без осложнений. На протяжении всей беременности в критические сроки проводилась метаболическая терапия дисфункции плаценты. Роды прошли в срок. Протекали через естественные родовые пути, без осложнений. Закончились рождением девочки массой 3500 г, длиной 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. В настоящее время ребёнок растёт и развивается физиологический. Девочка ходит в школу, учится хорошо, закончила 6 класс.

Учитывая диагноз, выставленный в трех описанных клинических случаях, можно перейти к заключению, что этиопатогенетическим звеном бесплодия явилась сложная гормональная дисфункция яичников, проявляющаяся ановуляцией, относительной эстрогеновой недостаточностью, недостаточностью лютеиновой фазы и отсутствием секреторной трансформации эндометрия.

Поэтому для коррекции данных нарушений понадобился двухэтапный подход, включающий дифференцированную гормональную терапию с учетом выявленной патологии. Препаратами

выбора для коррекции гормональных нарушений в данных случаях явилось циклическое применение натуральных безопасных препаратов Фемостон 2/10 и гестагенового препарата Дуфастон.

Применение Дуфастона, который является уникальным аналогом натурального прогестерона, обеспечило в данных случаях полноценную секреторную активность эндометрия и, не блокируя собственной овуляции, способствовало наступлению беременности на фоне проводимой циклической терапии.

Выводы

1. Циклическая гормональная терапия препаратами Фемостон 2/10 и Дуфастон является основным методом выбора пациенток с бесплодием, обусловленным гормональной недостаточностью яичников на стадии планирования желанной беременности.

2. Назначение Дуфастона с первых недель гестации позволяет значительно снизить риск развития таких осложнений как угроза прерывания беременности, прерывание беременности на ранних сроках и способствует адекватному формированию фетоплацентарной системы.

Литература

1. Белобородов С.М. Тактика поддержки лютеиновой фазы в программе ВРТ – современные тенденции / С.М. Белобородов // Проблемы репродукции. – 2003. – №4. – С. 43-46.
2. Бесплодный брак / Под ред. В. И. Куланова. – М.: ГЭОТАР – Лидиана, 2008. – 411 с.
3. Демина Т. Н. Реабилитация репродуктивной системы женщины с хроническим эндометритом и рецепторной недостаточностью / Т. Н. Демина // Здоровье женщины. – 2005. – №4 (24). – С. 25-27.
4. Репина М. А. Выпадение функции яичников и заместительное гормональное лечение / М. А. Репина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – №1. – С.72-76.
5. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.:Триада, 2002. – 304 с.
6. Татарчук Т.Ф. Принципы применения прогестиннов в гинекологии / Т.Ф. Татарчук // Доктор. – 2014. – №3 (7). – с.39-43.
7. Batzer Er. Hormonal evaluation of early pregnancy / Er. Batzer // Fertil Steril. – 2010. – V.34, № 1-2. – p. 1-3.
8. Modulation of cytokine production bydydrogesterona in lymphocytes from woman with recurrent abortion / R. Reghupathy, E. Mutawa, M. Makhsud, [et al.] // BJOG. – 2005. – Vol. 112(8). – P. 1096-1101.

9. O'Herlihy C. *The signiticance of FSH Elevation in young women with disorders of ovulation* / C O'Herlihy, R J Pepperell, J H Evans // *Brit. Med. J.* -1980. - Vol. 281. - P. 1447 - 1450.

10. Yen S. S. *Reproductive Endocrinology* / S.S. Yen, R.B. Saffe, R.L. Barbieri. - Philadelphia - Tokyo: W. B. Sanders Company, 2010. - 823 p.

Резюме

Лисовская Т. В., Трофименкова Т. Ю. *Опыт применения дидрогестерона в решении проблемы женщины стать матерью.*

В статье представлены три клинических случая лечения бесплодного брака на фоне гормональной дисфункции яичников, ановуляции, недостаточности лютеиновой фазы с нарушением секреторной трансформации эндометрия. С целью лечения применялась циклическая гормональная терапия препаратами Фемостон 2/10 и Дуфастон. В результате лечения беременность наступила во всех трех случаях на фоне гормональной терапии без стимуляции овуляции. С целью профилактики ранних потерь беременности Дуфастон продолжали применять и во время беременности. В двух случаях роды произошли через естественные родовые пути. В одном случае - проведено кесарево сечение. Дети родились доношенными, в срок, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. В настоящее время растут и развиваются физиологически. Циклическая гормональная терапия Фемостоном 2/10 и Дуфастоном является основным методом выбора пациенток с бесплодием гормонального генеза.

Ключевые слова: бесплодие, ановуляция, Дуфастон, дисфункция яичников, беременность.

Summary

Lisovskaya T. V., Trofimenkova T. Yu. *Experience of progesterone in addressing woman's to become a mother.*

This article presents three cases of clinical treatment of infertile marriage in the background of hormonal dysfunction of the ovaries, anovulation, luteal phase deficiency with impaired secretory transformation of endometrium. For the purpose of treatment was applied cyclic hormone therapy with Femoston 2/10 and Duphaston. As a result, treatment of pregnancy occurred in all three cases, against hormonal therapy without ovulationstimulating. In order to prevent early pregnancylosses Duphaston continued to use during pregnancy. In two cases, the birth took place vaginally. In one case - performed a cesarean section. Children were born full-term, in time, with Apgar scores of 8-9 points. Currently, grow and develop physiologically. Cyclical hormone therapy with Femoston 2/10 and Duphaston is the main method of choice for patients with infertility of hormonal origin.

Key words: infertility, anovulation, Duphaston, ovarian dysfunction, pregnancy.

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

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ПРИ
АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У
ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**В.В. Симрок¹, И.А. Попова¹, Н.И. Симрок², Е.А. Валиева²,
Д.В. Симрок-Старчева¹**

*¹ГУ ЛНР ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ,*

*²Республиканская клиническая больница, отделение ультразвуковой
диагностики*

Введение

Актуальность проблемы сохранения репродуктивного потенциала населения подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого чаще всего бывают воспалительные заболевания органов малого таза. Иногда, однажды возникнув, воспалительный процесс оставляет о себе «горькую» память в виде спаечного процесса. Возрастает значимость вопросов своевременной диагностики топки острого процесса в брюшной полости [1]. Особого внимания заслуживает сочетание острого аппендицита с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий, или так называемый, аппендикулярно-генитальный синдром [2,3]. Схожесть клинической картины аппендицита и острого воспаления придатков матки создает определенные сложности в идентификации первичного очага воспаления, в связи, с чем уровень диагностических ошибок остается достаточно высоким и не имеет тенденции к уменьшению [4]. Несмотря на высокую частоту встречаемости и немалый процент осложнений послеоперационного периода, аппендикулярно-генитальный синдром (АГС) на сегодняшний день является недостаточно изученным. Остается нерешенным ряд вопросов, касающихся диагностики данной патологии [5]. Точность диагноза при подозрении на острый или хронический аппендицит можно проверить с помощью ультразвукового исследования с вероятностью 90%. Больной при этом не получает дозу облучения

(в отличие от КТ), не подвергается сложным инвазивным манипуляциям. Симптомы аппендицита проверяются быстро и недорого по себестоимости исследования. Однако, УЗИ метод зависит от квалификации медицинского персонала и качества УЗИ аппаратов [6,7].

Целью нашего исследования было определение основных диагностических критериев ультразвукового исследования при аппендикулярно-генитальном синдроме у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования

Нами было проанализировано течение АГС у 1523 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, у которых превалировали признаки острого аппендицита, и которые были госпитализированы в urgentный хирургический стационар, а также у 1247 женщин той же популяции и возраста, которые были госпитализированы по поводу острого аднексита в гинекологический стационар. В каждом случае мы изучили основные жалобы женщин, анамнез, данные клинико-лабораторных методов исследования. Проанализировали заключения смежных специалистов. Для решения поставленной задачи мы провели детальный анализ результатов ультразвукового исследования органов малого таза и брюшной полости у 375 пациенток с аппендикулярно-генитальным синдромом, с благоприятным исходом заболевания и точной верификацией топки источника болевого синдрома. Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате «МАУЛАВ-40» с использованием конвексного и трансаветальных датчиков с частотой 3,5 МГц и 5-7 МГц соответственно.

Полученные результаты и их обсуждение

На основании жалоб пациенток, осмотра, клинико-лабораторного исследования мы пришли к выводу, что наиболее частой формой острого аппендицита является катаральная - 913 (60%), флегмонозная форма - 274 (18%), гангренозная - 91 (6%), перфоративная - 30 (2,1%), отказались от оперативного лечения - 211 (13,9%) пациенток. В зависимости от анатомического расположения червеобразного отростка сочетанное поражение аппендикса и внутренних гениталий определяется: при расположении отростка в правой подвздошной ямке у 711 (46,7%) пациенток, в полости малого таза - у 601 (39,5%), ретроцекально - у 151 (9,9%), под печенью - у 37 (2,4%), в правом латеральном канале - у 23 (1,5%) больных.

Основной жалобой женщин была боль в животе: в правой подвздошной области - 446 (34%) случаев; в эпигастральной области

- 524 (40%); без четкой локализации - 301 (23%); справа в животе без указания четкой локализации и в пояснице - 39 (3%) случаев. Второй жалобой по частоте встречаемости является тошнота - 48%, относительно редко рвота - 17%, гипертермическая реакция в 37%. В зависимости от первичного очага воспаления сочетанная аппендикулярно-генитальная патология преобладает в случаях первичного воспаления аппендикса - при осложненном течении деструктивных форм острого аппендицита - 557 (36,5%), в случаях идиопатических пельвиоперитонитов - 385 (30,9%) и в случаях первичного воспаления внутренних гениталий - при сальпингоофоритах 393 (25,8%), опухолевидные образования придатков - 249 (63,6%), сочетание с апоплексией яичника - 118 (30,2%), также пациентки отмечали обострение своего заболевания накануне менструации за 4-5 дней в 27% случаев. Из лабораторных данных в анализе крови лейкоцитоз наблюдается у 64% женщин (839), а в общем анализе мочи увеличение количества лейкоцитов отмечалось в 34% (446).

При остром аднексите наиболее выраженные признаки воспаления лоцируются справа, на ранних стадиях выпот в трубах не визуализируется, не всегда отдельно визуализируется яичник и труба, при распространении воспалительного процесса на окружающие ткани контуры нечеткие, звукопроводимость повышена, характеризуется эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала, при окклюзии фимбриального отдела трубы образуется гидросальпинкс, определяемый как «колбасовидное» анэхогенное образование, чаще с перегородками и многокамерное. Часто воспалительный процесс приводит к слипанию трубы и яичника в единый конгломерат, с толстой капсулой, множественными внутренними перегородками и неоднородным содержимым. Практически во всех случаях экзогенность яичника снижена за счет отека, он больше физиологических размеров и более округлой формы. Практически всегда имеется выпот в Дугласовом кармане. Как правило, исследование проводили трансвагинально. Однако, для лучшей визуализации червеобразного отростка, мы проводили дозированную компрессию пораженной области (несильными движениями надавливали в области предполагаемого расположения аппендикса). Петли кишечника при этом немного смещались, газ из них уходил, и картинка на мониторе прибора становилась более ясной. Для того, чтобы определить имеется ли воспаление в червеобраз-

ном отростке, сначала мы пытались обнаружить его положение. Так как, аппендикс всегда отходит от слепой кишки, то сначала фиксировали на экране конец этого отдела толстого кишечника. Затем находили большую поясничную мышцу и наружную подвздошную артерию. Если на этом этапе отросток обнаружить не удавалось, приступали к осмотру области за подвздошной и слепой кишкой. Толщина стенки отростка увеличивается (в норме она составляет до 3 мм), диаметр определяется больше, чем 7 мм. Жировая клетчатка, которая окружает больной орган, имеет на мониторе выраженную экзогенность. Также выявляли повышенную плотность сосудов в тканях аппендикса (один из диагностических признаков любого воспаления).

Если произошел прорыв аппендикса, то визуализировали неравномерность в толщине стенок и прерывание их слоистости. В брюшной полости хорошо видны УЗИ симптомы свободной жидкости. Часто визуализировали в правой подвздошной области конгломерат эхогетерогенных тканей без четких границ со «смазанной» структурой. Во всех случаях, руководствовались совокупными данными анамнеза, жалоб, клинико-лабораторного и инструментального обследования, но прежде всего, данными объективного осмотра. Все выше изложенное, позволило нам у 327 (87,2%) пациенток с АГС определить ведущий источник абдоминальной боли, верно определиться с лечебной тактикой, не допустить развития осложнений.

Выводы

На основании проведенного исследования мы пришли к выводу, что дифференциальная диагностика аппендикулярно-генитального синдрома с помощью метода ультразвуковой диагностики является достаточно информативной в плане визуализации и топирования источника острых болей в животе. Доступность, экономичность и высокая информативность позволяют считать УЗИ скрининговым методом при АГС. При этом, у всех пациенток с АГС необходимо сначала исключить острый аппендицит. Всем пациенткам с болями в нижних отделах живота необходимо проводить влагалищное исследование. С целью сохранения репродуктивного здоровья женщин с АГС, ведение таких пациенток должно быть бригадное, с участием и хирурга, и акушера-гинеколога, а УЗИ динамичное, как при поступлении в стационар, так и после постановки диагноза и операции.

Наши дальнейшие исследования будут посвящены поиску пейсмейкерных звеньев патогенеза АГС у женщин репродуктивно-го возраста.

Литература

1. Чурилов А.В. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (диагностика, лечение, прогноз) / А.В. Чурилов, С.В. Кушинир. – Донецк: НордПресс, 2006. - 240 с.

2. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек / И.В. Поддубный, О.А. Фаткина, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская// *Детская хирургия*. -2013. - №2. - С. 45-51.

3. Алгоритм обследования и лечения девочек с аппендикулярно-генитальным синдромом / О.А. Фаткина, Е.В. Сибирская, И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина // *Проблемы репродукции*. - 2014. - № 1. - С. 33-40.

Ольшанецкий А.А. Сюрпризы неотложной абдоминальной хирургии / А.А. Ольшанецкий, В.В. Симрок, А.В. Торба. – Луганск, 2017. - 320 с.

4. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: диагностика и лечение / под ред. Пирлмана, Дж.Тинтиналли, П.Дин; пер. с англ.-М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2009. - 499 с.

5. Пискунов В.Н. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита / В.Н. Пискунов, В.Д. Завадовская, Н.Г. Завьялова // *Бюллетень сибирской медицины*. - 2009. - № 4. - С. 140-149.

6. Неотложная ультразвуковая диагностика в условиях больницы скорой помощи: Руководство для врачей / Под ред. В.М. Черемисина, М.П. Королева. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009. - 288 с.

Резюме

Симрок В.В., Попова И.А., Симрок Н.И., Валиева Е.А., Симрок-Старчева Д.В. Дифференциально-диагностические ультразвуковые критерии при аппендикулярно-генитальном синдроме у женщин репродуктивного возраста.

Целью исследования было определение основных диагностических критериев ультразвукового исследования при аппендикулярно-генитальном синдроме у женщин репродуктивного возраста. Для решения поставленной задачи проведен детальный анализ результатов ультразвукового исследования органов малого таза и брюшной полости у 375 пациенток с аппендикулярно-генитальным синдромом, с благоприятным исходом заболевания и точной верификацией топки источника болевого синдрома. На основании проведенного исследования авторы пришли к выводу, что дифференциальная диагностика аппендикулярно-генитального синдрома с помощью метода ультразвуковой диагностики является достаточно информативной в плане визуализации

и топирования источника острых болей в животе. Доступность, экономичность и высокая информативность позволяют считать УЗИ скрининговым методом при АГС. Авторы считают, что составляющей алгоритма у всех пациенток с АГС должно быть проведение влагалищного исследования, а также исключение острого аппендицита с помощью УЗИ. С целью сохранения репродуктивного здоровья женщин с АГС, ведение таких пациенток должно быть бригадное, с участием и хирурга, и акушера-гинеколога, а УЗИ динамичное, как при поступлении в стационар, так и после постановки диагноза и операции.

Ключевые слова: аппендикулярно-генитальный синдром, острый живот, аппендицит, аднексит, ультразвуковое исследование.

Summary

Simrok V., Popova I., Simrok N., Valieva E., Simrok-Starcheva D. *Differential diagnostic ultrasound criteria for appendicular-genital syndrome in women of reproductive age.*

The aim of the study was to determine the main diagnostic criteria for ultrasound examination in appendicular-genital syndrome in women of reproductive age. To solve this problem, a detailed analysis of the results of ultrasound examination of the pelvic and abdominal organs in 375 patients with appendicular-genital syndrome, with a favorable outcome of the disease and accurate verification of the topic of the source of pain syndrome was carried out. Based on the study, the authors concluded that the differential diagnosis of appendicular-genital syndrome using the method of ultrasound diagnosis is quite informative in terms of visualization and marking of the source of acute abdominal pain. Availability, efficiency and high information content allow us to consider ultrasound screening method for AGS. The authors believe that the component of the algorithm in all patients with ACS should be a vaginal examination, as well as the exclusion of acute appendicitis by ultrasound. In order to preserve the reproductive health of women with AGS, the management of such patients should be brigade, with the participation of a surgeon and an obstetrician-gynecologist, and ultrasound dynamic, both on admission to the hospital and after diagnosis and surgery.

Key words: appendicular-genital syndrome, acute abdomen, appendicitis, adnexitis, ultrasound examination.

Рецензент: к.мед.н., доц. Е.А. Коробкова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

М.Ю. Ткачева¹, О.А. Гавриш², Н.В. Решетило¹, О.В. Петля²,
А.Б. Лесина²

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница» ЛНР

Актуальность

Гемолитические анемии (ГА) - это группа гетерогенных заболеваний, объединенных по единому патогенетическому признаку: укорочение продолжительности жизни эритроцитов, развитие гемолиза эритроцитов различной степени интенсивности.

Наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия (болезнь Минковского - Шоффара) - пример редкого генетического заболевания (тип наследования - аутосомно-доминантный), сопровождающегося гемолизом различной интенсивности, снижением осмотической стойкости эритроцитов, сфероцитозом, спленомегалией и желтухой. Встречаемость среди новорождённых не велика и именно с этим связана диагностические трудности, возникающие на уровне перинатальных центров и отделений реанимации новорождённых.

В республиканской детской клинической больницы за последние 20 лет, на лечении находилось 6 новорождённых детей с данной патологией. Из них 3 мальчика и три девочки. 5 детей перенесли ранние спленэктомии. В настоящий момент все пациенты компенсированы и имеют достаточно высокое качество жизни.

Клинический случай: Ребёнок (девочка), возраст 5 дней, поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТН) ГУ «ЛРДКБ» ЛНР по линии санации из городского перинатального центра, с диагнозом: IА. Врожденная наследственная гемолитическая анемия микросфероцитарного типа Минковского-Шоффара - гемолитический криз. IБ. Асфиксия умеренной степени. II. Токсическое-гипоксическое по-

ражение центральной нервной системы (ЦНС). Синдром церебральной депрессии. Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), 1 фаза. Вторичный язвенно-некротический энтероколит. Вторичная кардиомиопатия. Реактивный гепатит. Операция заменного переливания крови (14.09. - 15.09.2018 г.). Дыхательная недостаточность (ДН) 0-1 ст., сердечно-сосудистая недостаточность (ССН) 1 степени, парез кишечника 1-2 степени, синдром эндогенной интоксикации, гепатоспленомегалия, анемия 1 степени. III. Функционирующие фетальные коммуникации. Высокий риск реализации неонатальной инфекции, септического процесса. Вторичное иммунодефицитное состояние.

Из анамнеза: ребенок от 2 беременности, протекающей на фоне анемии 1 степени, фето-плацентраной недостаточности. Предыдущая беременность в 2012 году, была родоразрешена путём кесарева сечения (ножное предлежание). Бабушка, тетя, мама и ребенок от 1 беременности, страдают гемолитической анемией Минковского-Шоффара.

Данные роды срочные, родоразрешение путём кесарева сечения по поводу рубца на матке. Околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении составила 3100 грамм, окружность головы – 34 см, окружность грудной клетки – 32 см, длина тела – 50 см. При рождении оценка по шкале Апгар составила 6-7 баллов. Сразу же после рождения выполнены следующие мероприятия: санация верхних дыхательных путей, искусственная вентиляция легких мешком Амбу, кислородная терапия масочным методом.

На вторые сутки жизни состояние ребенка с отрицательной динамикой, обусловленной нарастанием билирубиновой интоксикации. Лабораторно выявлено критический уровень общего билирубина – 500 ммоль/л. (за счет непрямого билирубина). Подобная билирубинемия, являются абсолютными показаниями к операции заменного переливания крови (ОЗПК). Вмешательство было проведено неотложно, согласно действующего протокола.

На 5-е сутки жизни ребенок был переведен в ОРИТН ЛРДКБ с целью дальнейшего лечения и дообследования.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, обусловлено продолжающейся билирубиновой интоксикацией (общий билирубин – 398 ммоль/л; непрямая фракция билирубина – 360 ммоль/л). Кожные покровы бледно-розовой окраски с желтушным оттенком.

Динамика результатов лабораторных методов обследования:

Здоровье матери и ребенка - приоритетная задача системы здравоохранения

1. Клинический анализ крови:

Показатели	Дата	
	15.09.2018	17.09.2018
Гемоглобин (г/л)	128	162
Гематокрит	0.36	
Эритроциты (10^{12} /л)	3.5	5.4
Лейкоциты (10^9 /л)	8.3	10.7
Ретикулоциты (%)	1.1	2.7
Палочкоядерные (%)	6	2
Сегментоядерные (%)	56	49
Эозинофиллы (%)	3	3
Лимфоциты (%)	23	31
Моноциты (%)	12	15
Тромбоциты (тысяч Ед/мкл)	165	251
Глюкоза крови (ммоль/л)	2.3	2.6

2. Биохимический анализ крови в динамике:

Показатели	Дата					
	15.09	16.09	17.09	18.09	19.09	20.09
Общий белок (г/л)	61.4	-	-	-	55.6	63.8
АЛт (Ед/л)	13.7	-	-	-	13.7	18.4
АСаТ (Ед/л)	41.8	-	-	-	28.5	45.6
Мочевина (ммоль/л)	3.8	-	-	-	-	6.5
Креатинин (ммоль/л)	0.05	-	-	-	0.08	0.07
Альбумин (г/л)	31.7	-	-	-	33.7	31.8
Билирубин общий (ммоль/л)	398.6	343	277	217.3	67.4	48.6
Билирубин прямая фракция (ммоль/л)	38.2	32	35	28.9	8.4	2.9
Билирубин непрямая фракция (ммоль/л)	306.4	311	250	188.4	59	44

Проведенные инструментальные методы обследования:

1. Рентгенограмма органов грудной клетки и органов брюшной полости: без очаговых и инфильтративных изменений. Признаки энтероколита.

2. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: - УЗ признаки диффузных изменений паренхимы печени, гепатоспленомегалия.

3. ЭХОКС: открытое овальное отверстие (ООО) до 4 мм. Аномальная хорда в ЛЖ. Остаточный функционирующий открытый артериальный проток (ОАП) до 1,7 мм.

4. ЭКГ: нарушение метаболических процессов в миокарде.

Осмотр смежных специалистов:

1. Окулист: без особенностей.

2. Пульмонолог: ОРДС смешанного генеза, ДН 1 степени на фоне гемолитической анемии.

3. Кардиолог: данных за органическую патологию сердца не выявлено.

4. Невролог: на момент осмотра очаговой симптоматики не выявлено.

5. Генетик: наследственная гемолитическая анемия микросферическая Минковского-Шоффара. Повторная консультация в МГЦ в 3 мес.

6. Гематолог: врожденная гемолитическая анемия микросфероцитарного типа - гемолитический криз.

Тактика и характер интенсивной терапии соответствовал протоколам лечения врожденной гемолитической анемии микросфероцитарного типа Минковского-Шоффара. Потребности в заменном переливании крови больше не возникало, основу лечения составили инфузионная и спазмолитическая терапии, а также препараты усиливающие образование и выведение желчи.

На 8 сутки жизни, с положительной динамикой, ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей для дальнейшего лечения. На 10 сутки ребенок выписан домой, под наблюдение педиатра.

Выводы

1. Манифестации анемии Минковского-Шоффара в периоде новорожденности, является крайне редким клиническим наблюдением и мало описано в современной научной литературе.

1. На уровне медикогенетических и перинатальных центров, а также неонатальных и реанимационных отделений, необходимо сохранять настороженность в плане первичной выявляемости наследственных заболеваний крови.

2. Четкое следование показаниям к раннему заменному переливанию крови, при болезни Минковского-Шоффара, является гарантией скорейшей стабилизации состояния новорожденного.

Литература

1. Погорелов В.М. Лабораторно-клиническая диагностика анемий / В.М. Погорелов, Г.И. Козинец, Л.Г. Ковалева. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - С. 136-137.
2. Коколина В.Ф. Практическое руководство по детским болезням. Том 4 / В.Ф. Коколина, А.Г. Румянцева. - М.: Медпрактика, 2004. - С. 169-172.
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Т.2 / А.И. Воробьев. - М.: Медицина. - 1985. - С. 46-54.
4. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С. 468-680.
5. Кассирский И.А. Клиническая гематология / И.А. Кассирский, Г.А. Алексеев. - М.: Медицина, 1970. - С. 235-242.
6. Луговская С.А. Гематологический атлас / С.А. Луговская, М.Е. Почтарь. - М.: Триада, 2004. - 227 с.
7. Колоколов Г.Р. Анализы. Полный справочник / Г.Р. Колоколов, Е.В. Герасина, О.Л. Ананьев и др. - М.: Эксмо. - 2008. - С. 497-499.

Резюме

Ткачева М.Ю., Гавриш О.А., Решетило Н.В., Петля О.В., Лесина А.Б. Клинический случай болезни минковского-шоффара у новорожденного ребенка.

В данной статье описан клинический случай: ребёнок (девочка), возраст 5 дней, поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИИТН) ГУ «ЛРДКБ» ЛНР по линии санавиации из городского перинатального центра, с диагнозом: Врожденная наследственная гемолитическая анемия микросфероцитарного типа Минковского-Шоффара - гемолитический криз.

Ключевые слова: гемолитическая анемия Минковского-Шоффара, новорожденный ребенок.

Summary

Tkacheva M.Yu., Gavrish O.A., Reshetilo N.V., Petlya O.V., Lesina A.B. *Clinical case of Minkowski-Shoffar disease in a newborn baby.*

This article describes a clinical case: a child (girl), 5 days old, was admitted to the resuscitation and intensive care unit of newborns (ORIITN) GU "LRDKB" LC through sanitation from the city perinatal center, with a diagnosis of Congenital hemolytic anemia of microspirocytic type of Minkowski - Shoffar - hemolytic crisis.

Key words: hemolytic anemia of Minkowski-Shoffar, newborn baby.

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

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС

М.Ю. Ткачева¹, И.Н. Чеканова², О.А. Стоянова², Н.В. Решетило¹
¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница» ЛНР

Актуальность

Неонатальный сепсис занимает лидирующее место среди заболеваемости и смертности новорожденных в реанимационных отделениях [1]. Не смотря на то, что в настоящее время и в диагностике, и в лечении сепсиса новорожденных достигнуты явные успехи, показатели смертности продолжают оставаться высокими и составляют до 5-50% при раннем сепсисе и 2-6% при позднем [2, 3, 4, 8].

Цель работы: выявить анамнестические особенности новорожденных детей с диагнозом неонатальный сепсис.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 18 историй болезни новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных ГУ «ЛРДКБ» за период 2015–2018 гг. с диагнозом неонатальный сепсис.

Полученные результаты и их обсуждение

В период с 2015 по 2018 год на лечении в отделении анестезиологии и интенсивной терапии новорождённых с системной инфекционной патологией находилось 130 детей, а именно – 47,6% (50 детей) в 2017 году, в 2016 году - 47,9% (47 детей), 34,4% (33 ребенка) в 2015 году. В структуре общей летальности эта патология занимает лидирующее положение: 75% (6 детей) в 2017, 46,7% (7 детей) в 2016, 66,7% (4 ребенка) в 2015. Неонатальный сепсис выявлен в 2015 году в 3 случаях (3,1%), в 2016 – 9 детей (7,4%), в 2017 – 1 ребенок (0,95%). Летальность в этой группе составила в 2015 год 33% (1 ребенок), в 2016 – 55,6% (5 детей), в 2017 – 0%. За 10 месяцев 2018 года с диагнозом неонатальный сепсис в отделении находилось 5 детей, умер 1 ребенок. В 4 случаях сепсис сочетался с различными пороками развития (22,2% в данной группе). Достоверно чаще неонатальный сепсис выявлен у детей со сроком гестации от 30 до 37 недель

(33,3%), 26–27 недель – 16,7%, 28–30 недель – 22,2%, у доношенных новорожденных сепсис наблюдался в пяти случаях (27,8%).

В зависимости от срока гестации сепсис в 4 раза чаще встречается у недоношенных детей с различным сроком гестации – 72,2%.

Факторы риска по возникновению неонатального сепсиса с учётом анамнестических данных, согласно обработанных медицинских карт стационарного больного, представлены следующим образом:

- пожилой возраст матери либо юные незамужние женщины;
- инфекционные процессы или лихорадка у матери во время беременности (в том числе хронические воспалительные заболевания мочеполовой сферы);
- самопроизвольные выкидыши в позднем сроке, антенатальная гибель, эндометрит;
- безводный период более 12 часов, многоводие, зловонные околоплодные воды, патология плаценты (хориоамнионит);
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний у ребенка (СДР, аспирация околоплодных вод, интранатальная асфиксия, родовая травма и пр.);
- необходимость проведения реанимационных мероприятий, в том числе инвазивные процедуры ребенка при рождении;
- рождение недоношенного или маловесного ребенка (вес менее 2.500 г. или срок гестации до 37 нед.);
- задержка внутриутробного развития;
- врожденные аномалии;
- физиологическое голодание и катаболическая направленность белкового обмена;
- ИВЛ, катетеризация сосудов пуповины, любые манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и пр.;
- инфекции пупка, кожи, слизистых;
- рождение ребенка с внутриутробной инфекцией в анамнезе.

Наличие в анамнезе любых из вышеперечисленных факторов требует выделения новорожденного в группу высокого риска, более пристального мониторинга за общим состоянием ребенка и его динамикой, проведения после его рождения лабораторного скрининга, направленного на раннее выявление системной воспалительной реакции и решения вопроса об эмпирической антибактериальной терапии.

Важное значение в предотвращении значительной части раннего неонатального сепсиса имеет лечение материнской инфекции [5, 6] в анте- и интранатальном периоде и/или профилактическое лечение антибиотиками новорожденных от матерей с высоким уровнем риска [7].

Выводы

Сепсис новорожденного является одной из наиболее важных причин в структуре неонатальной смертности. Необходимо постоянное динамическое наблюдение ребенка с высоким риском и проведение адекватных терапевтических и профилактических мероприятий. Риск развития инфекций и сепсиса наиболее высок у недоношенных новорожденных. При условии ранней диагностики, агрессивной антибактериальной терапии, полноценного выхаживания, адекватного ухода, можно значительно снизить процент смертности детей с неонатальным сепсисом.

Литература

1. *Characteristics of Invasive Staphylococcus aureus in United Kingdom* / S. Vergnano, E. Menson, Z. Smith, N. Kennea [et al.] // *Neonatal Units*. -2011. – *Pediatr. Infect. Dis. J.* - Vol. 30. - P. 850–854.
2. *Platelet count and neonatal sepsis: a high prevalence of Enterobacter spp.* / M. Torkaman, S.H. Afsharpaiman, M.J. Hoseini, M. Moradi [et al.] // *Singapore Med J.* – 2009. – Vol. 50. – P. 482–485.
3. *Effects of pentoxifylline on coagulation profile and disseminated intravascular coagulation incidence in Egyptian septic neonates* / M. Adel, H.A. Awad, A.B. Abdel-Naim, M.M. Al-Azizi // *J Clin Pharm Ther.* – 2010. – Vol. 35. – P. 257–265.
4. *Mtitimila E.I. Antibiotic regimens for suspected early neonatal sepsis (review)* / E.I. Mtitimil, R.W.I. Cooke // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2005. – P. 20.
5. *Antonov A.G. Obedinennye diagnosticheskie kriterii sepsisa u novorozhdennyh* / A.G. Antonov, E.N. Bajbarina, Ju. V. Sokolovskaja // *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.* - 2005. - Vol. 4, № 5/6. P. 113–115.
6. *Volodin I.I., Antonov A.G., Bajbarina E.N. Sepsis novorozhdennyh i dokazatel'naja medicinskaja praktika: novyj podhod i povyshenie kachestva pomoshhi* / I.I. Volodin, A.G. Antonov, E.N. Bajbarina // *Pediatrija.* - 2003. - № 5. - P. 56–59.
7. *Rukovodstvo po pediatrii (Neonatologija)* / pod red. A.A. Baranova. M., 2007. - 600 s.
8. *Beloborodova N.V. Algoritmy antibiotikoterapii: ruk-vo dlja vrachej.* / N.V. Beloborodova, M.B. Bogdanov, T.V. Chernenkaja // M.: Anteja 2000. - 191 p.

Резюме

Ткачева М.Ю., Чеканова И.Н., Стоянова О.А., Решетило Н.В.
Неонатальный сепсис.

В статье изложены результаты ретроспективного анализа историй болезни новорождённых детей с диагнозом – Неонатальный сепсис. Выявлены основные анамнестические факторы риска способствующие возникновению заболевания в данной группе детей.

Ключевые слова: неонатальный сепсис.

Summary

Tkacheva M.Yu., Chekanova I.N., Stoyanova O.A., Reshetilo N.V. *Neonatal sepsis.*

The article presents the results of a retrospective analysis of case histories of newborns with a diagnosis of Neonatal sepsis. The main anamnestic risk factors contributing to the occurrence of the disease in this group of children were identified.

Key words: neonatal sepsis.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.Н. Давидчук

РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

Медицинская помощь при акушерско-гинекологической патологии на догоспитальном этапе: краткие практические рекомендации для врачей и фельдшеров скорой помощи, акушеров, врачей общей практики, семейных врачей, студентов медицинского университета и колледжа / В.В. Симрок, Н.А. Удовика, Д.С. Пархомчук. - Луганск: ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки», 2018. - 167 с.

И.А. Ковтонюк

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР

Учебно-практическое издание посвящено вопросам оказания медицинской помощи при акушерско-гинекологической патологии на догоспитальном этапе.



Опыт показывает, что оказание медицинской помощи беременным и женщинам с острой гинекологической патологией на догоспитальном этапе – не только важный, но и сложный раздел лечебно-эвакуационного обеспечения населения. При этом исход ургентных (острых) гинекологических заболеваний и тяжелой патологии при беременности, в родах на дому и при осложнениях в послеродовом периоде нередко решается в течение первых часов или даже нескольких минут после происшествия и зависит от своевременности и правильности

действий медиков скорой помощи. Поэтому важно, чтобы выездной персонал скорой медицинской помощи, оказавшийся на месте вызова, умел грамотно оказывать необходимую помощь, рекомендованную клиническими протоколами.

Данные практические рекомендации содержат краткие, но достаточно понятные для врача и фельдшера, сведения по диагностике и алгоритмам оказания медицинской помощи при наиболее

распространённых гинекологических неотложных состояниях, при опасных патологиях у беременных и родильниц, а также при внебольничных родах на догоспитальном этапе. Следует отметить, что данная книга такой направленности - первая, изданная в Луганской Народной Республике в период после завершения активной фазы вооруженного конфликта, а незавершенность вооруженного конфликта в Республике повышает актуальность темы методических рекомендаций и их практическую необходимость для организации медико-санитарного обеспечения населения.

Рецензируемое практическое руководство включает краткие алгоритмы медицинской помощи при острой гинекологической патологии (состояния, сопровождающиеся болевым синдромом и гиповолемией), а также при осложненном течении беременности (кровотечения, преэклампсия, преждевременные роды), внебольничных родах и осложнениях послеродового периода (кровотечения, лактостаз), а также при рождении ребенка с низкой оценкой по шкале Апгар на догоспитальном этапе, которые основаны на общепринятых стандартах оказания медицинской помощи, клинических протоколах и практических рекомендациях. К каждой нозологии приведены примеры корректных клинических диагнозов для внесения в медицинскую документацию медиками скорой помощи. В книге также представлены юридические аспекты медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях, указаны показания к срочной госпитализации беременной, перечень наиболее частой гинекологической патологии, с которой чаще всего связана медицинская помощь на догоспитальном этапе; основы организации этой помощи.

Ценность издания повышается включением в него вопросов и задач для самоконтроля с примерами правильных ответов. Приведен список литературы и условных сокращений. Материал иллюстрирован цветными рисунками, фотографиями и таблицами.

Данное издание следует считать целесообразным и полезным, прежде всего, для врачей и фельдшеров скорой помощи, акушеров, фельдшеров амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов, женских консультаций, так как именно их работа связана с оказанием urgentной помощи гинекологическим больным и беременным на догоспитальном этапе, что и диктует необходимость владения знаниями и умениями работы по рекомендованным безопасным алгоритмам.

Объем информации, представленный в рецензируемом издании, поможет этим специалистам хорошо ориентироваться в ситуациях, требующих от них владения определенными практическими навыками оказания медицинской помощи и даст возможность передавать эти знания своим коллегам в процессе повседневной работы.

Определенный интерес методические рекомендации представляют также для врачей общей практики и специалистов семейной медицины, стоматологов, фармацевтов, а также преподавателей и студентов медицинского университета и колледжа. Они помогут углубить необходимые медицинские знания и качественно их применить, например, при оказании пособия по рождению ребенка вне стационара и при консультировании родильницы по вопросам грудного вскармливания.

Рекомендации даны простым и понятным языком. Книга не перегружена узкопрофильными медицинскими терминами; хорошо проиллюстрирована рисунками, что улучшает визуальное восприятие приведенной информации. Чтобы правильно оказать первую помощь и спасти жизнь женщине, достаточно открыть книгу на нужной странице и следовать указаниям.

Резюме

Ковтонюк И.А. Медицинская помощь при акушерско-гинекологической патологии на догоспитальном этапе: краткие практические рекомендации для врачей и фельдшеров скорой помощи, акушеров, врачей общей практики, семейных врачей, студентов медицинского университета и колледжа / В.В. Симрок, Н.А. Удовика, Д.С. Пархомчук. - Луганск: ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки», 2018. - 167 с.

Учебно-практическое издание посвящено вопросам оказания медицинской помощи при акушерско-гинекологической патологии на догоспитальном этапе. Данные практические рекомендации содержат краткие, но достаточно понятные для врача и фельдшера, сведения по диагностике и алгоритмам оказания медицинской помощи при наиболее распространенных гинекологических неотложных состояниях, при опасных патологиях у беременных и родильниц, а также при внебольничных родах на догоспитальном этапе. Определенный интерес методические рекомендации представляют также для врачей общей практики и специалистов семейной медицины, стоматологов, фармацевтов, а также преподавателей и студентов медицинского университета и колледжа. Они помогут углубить необходимые медицинские знания и качественно их применить, например, при оказании пособия по рождению ребенка вне стационара и при консультировании родильницы по вопросам грудного вскармливания.

Ключевые слова: методические рекомендации, медицинская помощь, акушерско-гинекологическая патология.

Summary

Kovtonyuk I.A. *Medical care in obstetric and gynecological pathology in the prehospital phase: brief practical recommendations for ambulance doctors and paramedics, midwives, general practitioners, family doctors, students of the medical university and college / V.V. Simrok, N.A. Udovika, D.S. Parkhomchuk. - Lugansk: GU LNR "LGMU them. St. Luke, 2018. - 167 p.*

The educational and practical edition is devoted to the issues of medical care in obstetric and gynecological pathology at the prehospital stage. These practical recommendations contain brief, but quite understandable for the doctor and paramedic, information on diagnostics and algorithms for providing medical care for the most common gynecological emergency conditions, for dangerous pathologies in pregnant women and puerperas, and for community-acquired at the prehospital stage. Methodical recommendations are also of interest for general practitioners and family medicine specialists, dentists, pharmacists, as well as teachers and students of the medical university and college. They will help deepen the necessary medical knowledge and apply it to high-quality, for example, when providing benefits for the birth of a child outside the hospital and in counseling the puerperal on breastfeeding issues.

Key words: guidelines, medical care, obstetric-gynecological pathology.

Рецензент: к.мед.н., доц. Е.А. Коробкова

**ТЕЗИСЫ
КОНФЕРЕНЦИИ**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ И ПОЛИВИТАМИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Б.А. Безкаравайный, Л.В. Башкатова, В.В. Лейкина, Л.В. Ткаченко
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Луганская республиканская детская клиническая больница

Актуальность. Проблема гепатитов в детском возрасте обусловлена значительной распространенностью данной патологии у детей, не достаточной эффективностью терапии и возникновением побочных действий при лечении противовирусными препаратами. Поэтому поиски более рациональных методов терапии при различных гепатитах являются весьма актуальными.

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, с острым вирусным гепатитом (20 детей) и токсическим гепатитом (10 детей). Проводилась оценка эффективности назначенного лечения на основании комплексного клинического и лабораторного обследования.

Результаты обследования. 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 аминотрансфераз, холестерина, щелочной фосфатазы, изменениям в протеинограмме, уровню гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ). Через 2 недели от начала при-

менения 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. Препарат оказывает не только гепатопротекторное действие, но способствует нормализации витаминного обмена у детей, предупреждает и/или уменьшает токсическое действие антибиотиков на печень.

УДК 616.681-007.21-055.15

ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ МАЛЬЧИКОВ С ЛОЖНЫМ КРИПТОРХИЗМОМ

О.А. Бугаенко, Т.А. Сиротченко, Г.Г. Бондаренко, А.В. Миргородская
 ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
 УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Ложный крипторхизм (мигрирующее яичко) у детей – является одной из самых распространенных аномалий развития, которая по данным литературы встречается в 2 раза чаще, чем истинный крипторхизм. Многочисленные исследования свидетельствуют о едином генезе данных патологий, и рассматривать их необходимо, в первую очередь, с эндокринных позиций.

Проведено клиническое обследование 26 детей в возрасте 11-15 лет с ложным крипторхизмом. Двухсторонний ложный крипторхизм был выявлен у 9/26 (34,6%) детей, правосторонний – у 10/26 (38,5%), левосторонний – у 7/26 (26,9%) обследованных. У 6/26 (23,1%) больных ложный крипторхизм был констатирован сразу после рождения или в течение первого года жизни, но родители не учли рекомендаций педиатра и не обратились за специализированной помощью. Гипоплазию мигрирующих яичек выявили у 66,7% (6/9) с двухсторонней патологией и у 11/17 (64,7%) у детей с односторонним крипторхизмом. У 4/17 (23,5%) с односторонним крипторхизмом ранее проведена операция по поводу истинного

крипторхизма контрлатерального яичка, но у всех этих пациентов при обследовании была выявлена гипоплазия яичек. Часто гипоплазия яичек сочетается с гипогенитализмом, который был выставлен у 13/26 (50%) обследованных. У 7/26 (25,9%) диагностировалось ожирение, которое у 5/7 (71,4%) сочеталось с гинекомастией. Отставание в росте от возрастных норм у обследованных детей с крипторхизмом было выявлено в 6/26 (23,1%) случаев. В общем, задержка мужского пубертата была выявлена у 19/26 (73,1%) детей.

Всем больным после проведенного исследования и установления диагноза назначалось лечение: человеческий хорионический гонадотропный гормон №10 (в дозах от 1000 до 1500 Ед/м²), витаминотерапия, препараты цинка, диета с повышенным содержанием белка.

Оценка результатов лечения проводилась. Большинство пациентов продолжают лечение по настоящее время. Один курс гормонотерапии получили 6/26 (23,1%), 2 курса – 13/26 (50%), 3 и более – 7/26 (25,9%) пациентов. У 12/26 (46,2%) уже после первого курса хориогонина яички опустились в мошонку, у 10/12 (83,3%) – увеличились в размерах. У 8/26 (30,8%) большую часть времени мигрирующие яички находились в мошонке. У 3/7 (42,9%) детей с ожирением после первого курса гормонотерапии определялось снижение массы тела.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о негативном влиянии ложного крипторхизма на половое развитие детей, последствием которого может быть мужское бесплодие. Поэтому педиатрам стоит обращать внимание на данную проблему для дальнейшего направления пациентов к детскому эндокринологу, который назначит комплексное обследование и консервативное патогенетическое лечение.

УДК 616.12-008.318.1-08:615.84

АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ АРИТМОЛОГИИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

О.В. Вольман, Р.И. Перегорода, Д.А. Некрасов, Т.В. Кривоносова, С.Г. Троценко, А.И. Саньков, А.В. Перегорода

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

Введение. В настоящее время в ЛНР используются лишь медикаментозные и неинвазивные методы диагностики и лечения

сложных нарушений ритма сердца (СНРС). Высокая эффективность эндокардиального электрофизиологического исследования и радиочастотной абляции аритмогенного субстрата различных тахиаритмий по данным мировых многоцентровых рандомизированных исследований и данных ESC и ВНОА доказывают, что вероятность устранения сложных нарушений ритма сердца в зависимости от вида НРС составляет от 70% до 98%.

Цель. Изучить актуальность проблемы высокотехнологической помощи пациентам со сложными нарушениями ритма сердца и внедрение современных методов интервенционной аритмологии в Луганской Народной Республике.

Материалы и методы исследований. Оценена перспектива развития интервенционной аритмологии. Использованы статистические данные ВОЗ, осуществлён перерасчёт данных с учётом демографической ситуации. Интервенционная аритмология – современная и развивающаяся отрасль медицины, которая сформировалась на стыке клинической электрофизиологии, кардиологии и кардиохирургии. Сложные нарушения ритма сердца являются актуальной проблемой во всем мире, ухудшая качество жизни, повышая риск инвалидизации населения, в том числе работоспособного, и увеличивая риск ВСС.

Полученные результаты и их обсуждение. С учётом численности населения ЛНР (на 01.07.2018 года составляет 1464823 человек), данных статистики ВОЗ, эпидемиология СНРС составляет:

- наджелудочковые нарушения ритма сердца – 1,4-7,4% (20507-108397 чел.), из них: АВРТ с участием дополнительных путей проведения – 0,25% в общей популяции (3662 чел.); АВУРТ – 85% всех суправентрикулярных тахикардий (66306 чел.); фибрилляция предсердий – 0,4%-2,5% среди взрослой популяции людей (3906-24414 чел), после 70 лет она регистрируется уже в 8-11% (26041-35806 чел.); трепетание предсердий – 10% от всех суправентрикулярных тахикардий (7800 чел.); пароксизмальные фокусные наджелудочковые тахикардии – 0,05-0,1% всех суправентрикулярных тахикардий (39-78 чел.);

- желудочковые НРС: частая ЖЭС (более 15 в час) 5%-19% в общей популяции - (21972-288316 чел.); неустойчивая ЖТ – 2-11% в зависимости от возрастной группы (29296-161130 чел.), из них: некоронарогенные 10-30% (40412-121236 чел.) и коронарогенные до 90% (363707 чел.).

Выводы. 1. Эпидемиология сложных нарушений ритма сердца свидетельствует об острой необходимости организации в кратчайшие сроки службы оказания высокотехнологичной помощи - проведение эндокардиального электрофизиологического исследования и радиочастотной абляции аритмогенного субстрата.

2. Конечной точкой внедрения данных методик является улучшение качества жизни, снижения инвалидизации населения и риска ВСС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕМЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

**В.В. Головченко, А.В. Бледнов, Р.М. Бутко, А.А. Панкратьев,
А.В. Полуэктов**

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»

Актуальность. В практике травматологи довольно часто сталкиваются с проблемой закрытия дефектов мягких тканей области пяточного сухожилия. Наиболее часто такие дефекты встречается у пожилых пациентов, имеющих сопутствующие заболевания (сахарный диабет и т.п.) с нарушением трофики тканей нижних конечностей. Наличие изолированного повреждения только кожных покровов в этой зоне крайне редко. Обычно имеется повреждение пяточного сухожилия, сосудов и костей голени. В отделение микрохирургии большинство пациентов обращались с наличием хронического вялотекущего процесса, наличием признаков воспаления или трофическими язвами.

Материалы и методы. За период 2015-18 гг. в отделении микрохирургии пролечено четыре пациента с наличием дефектов мягких тканей в области пяточного сухожилия.

В одном случае пациент имел ушибленную лоскутную рану задней поверхности дистального отдела голени с формирующимся участком некроза (70x80 мм). В другом медицинском учреждении этот пациент был прооперирован по поводу наличия открытых переломов медиальной лодыжки и нижней трети малоберцовой кости (был выполнен металлоостеосинтез), также было выполнено сшивание пяточного сухожилия при его разрыве.

У двоих пациентов были длительно незаживающие раны, которые сформировались после операций по поводу восстановлений пяточных сухожилий (дефекты мягких тканей были размером до

50x70 мм). У одного из них - Сахарный диабет II тип. И один пациент был с дефектом мягких тканей и пяточной кости, на фоне посттравматического остеомиелита; с повреждением пяточного сухожилия.

Во всех случаях мы применяли радиальный (лучевой) лоскут. В дистальной трети предплечья лучевая артерия отдает 9-17 ветвей, идущих к фасции предплечья. Эти многочисленные ветви образуют густую фасциальную сеть, обеспечивающую перфузию всей кожи предплечья. Ввиду этого лоскут предплечья является кожно-фасциальным. Этот используется с 1978 года, имеет ряд важных в практическом значении свойств, среди которых – постоянство анатомии и длинная сосудистая ножка, прекрасная гибкость, тонкость, легкость забора лоскута. Венозный отток из лоскута предплечья обеспечивается венами, сопровождающими артерию и поверхностными венами, образующими множество анастомозов друг с другом. При замещении дефектов мягких тканей выполняли артериальный (к задней большеберцовой артерии) и 3-4 венозных анастомоза (конец-в-конец).

Закрытие донорской зоны в 2 случаях выполнили местными тканями, в одном – свободным полнослойным лоскутом и в одном – пластикой на питающей ножке.

Результаты. Во всех случаях лоскуты прижились полностью. Однако, у одного пациента (с лоскутом размером 80x130 мм) на следующий день после операции развилась венозная недостаточность (за счет тромбозов венозных анастомозов), что потребовало ревизии анастомозов, удаления тромбов. Вероятно, это произошло по причине давления на лоскут положением конечности пациента.

Все пациенты прослежены от 0,5 до 3 лет после операции. Ни у одного из этих пациентов не было необходимости в коррекции лоскута. Пациенты носят обычную обувь, трофических нарушений лоскутов нет.

Заключение. Диаметр лучевой артерии сопоставим с диаметром задней большеберцовой артерии, венозная сеть голени и предплечье позволяет выбрать оптимальные вены для выполнения анастомоза, толщина лоскута приемлема для ношения обычной обуви. К недостаткам радиального лоскута (при размерах лоскута более 30x30-50 мм) следует отнести необходимость закрытия донорского участка.

Таким образом, мы считаем, что применение радиального лоскута для замещения дефектов задней поверхности голени является надежным методом оперативного лечения.

УДК 615.099-008.441-615.03

ВЛИЯНИЕ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

И.В. Грабарь, А.В. Давидчук, А.О. Грабарь

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Актуальность. Для подросткового возраста, одной из драматичных проблем является риск формирования саморазрушительного поведения. Все еще остаются недостаточно выясненными причины и механизмы девиантного поведения у подростков, особенно в неблагоприятных макросоциальных условиях.

Цель работы - выявление роли семьи в формировании девиантного поведения у подростков, проживающих в зоне военного конфликта.

Материалы и методы. Были интервьюированы 90 подростков 12 - 16 лет с признаками девиантного поведения. Основными методами избраны клинико-анамнестический и патопсихологический. Исследование проводилось на основе конфиденциальности, анонимности, информированного согласия.

Результаты исследования. Среди обследованного контингента больных преобладали дети и подростки из неполной семьи – 50 человек (55,6%). Семьи асоциальные и с конфликтными взаимоотношениями составили 78%. Асоциальность родителей выражалась алкоголизмом, наркоманией, бродяжничеством, криминальными тенденциями, наличием судимостей. Преобладающим типом воспитания выявилось дисгармоничное воспитание по типу гипоопеки, жестоких отношений и эмоционального отвержения. Доминирующие типы воспитания объединяло исключение подростка из сферы интересов семьи. В условиях воспитания по типу жестоких взаимоотношений со стороны родителей широко практиковались такие меры «воздействия» как избиение, расправы, издевательское отношение, применявшееся без повода или за мелкие нарушения дисциплины, что способствовало раннему возникновению реакций протеста. При воспитании по типу эмоционального отвержения подростки всегда чувствовали себя лишними в семье, в асоциальных компаниях они находили тот интерес к себе и тепло, которые отсутствовали в семье.

Выводы. Профилактика девиантного поведения в неблагоприятных макросоциальных условиях заключается в вов-

лечении детей и подростков в активную жизнь семьи и школы, индивидуальном подходе к каждому, кто нуждается, в психолого-педагогическом сопровождении.

УДК616.24-08-53.2/6:615

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОРВИ ДЕТЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS

**Г.Н. Давидчук¹, И.В. Грабарь¹, Е.С. Сытник¹, Т.В. Баутина¹,
Л.М. Белецкая², Л.А. Заливная², М.Ф. Семенова³**

¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

³ГУ «Луганская городская инфекционная больница» ЛНР

Одним из факторов снижения резистентности организма детей является инфицирование *micobacterium tuberculosis*. Под нашим наблюдением находилось 65 дней в возрасте от 4 до 12 лет инфицированных *micobacterium tuberculosis*. Все они в течение года часто болели ОРВИ (6 и более раз). Как правило, у таких детей ОРВИ протекала более тяжело, с явлениями обструкции и имела затяжной характер. При иммунологическом обследовании у данного контингента детей отличалась стойкая Т-лимфоцитопения, значительное снижение количества многорецепторных и активных розеткообразующих клеток, нарушение субпопуляционного состава Т-лимфоцитов с относительным гиперсупрессорным вариантом, повышение содержания ЦИК в крови в 2- 2,5 раза, преимущественно за счет средне- и мелкомолекулярных иммунных комплексов, увеличение в 3,2 - 3,6 раз показателей сенсibilизации лейкоцитов к бактериальным, пищевым и бытовым аллергенам по показаниям реакции иммунолейкоза. 45 детей основной группы с целью повышения клинических и иммунологических показателей получали интраназально полиоксидоний (3 мг растворить в 1 мл 0,9% раствора натрия хлорида) по 2 капли в один носовой ход 3 раза в сутки в течение 14 дней. Полиоксидоний применяли в комплексе с базисной оздоровительной терапией. 20 детей контрольной группы получили только базисную терапию. При иммунологическом обследовании через 1 месяц у детей основной группы отличалось достоверное повышение количества Т-лимфоцитов, нормализация их функциональной активности, достоверно повышался

иммунорегуляторный индекс. Уровень ЦИК в сыворотке был в 1,6 раза выше нормы, но их молекулярный состав достоверно не отличался от нормы. Показатели сенсibilизации к аллергенам в тестах *in vitro* существенно снижались, хотя превышали физиологическую норму в 1,5 – 1,8 раз. У детей контрольной группы показатели иммунограммы достоверно не изменялись.

При клиническом наблюдении на протяжении 6 месяцев установлено, что среднее количество заболеваний у детей основной группы был в 1,6 раза меньше, чем в контрольной группе. Кроме того у детей, которые получали интраназально полиоксидоний, заболевания ОРВИ протекали значительно легче за счет уменьшения количества случаев развития бронхообструктивного синдрома и более легкого его течения.

Таким образом, применение полиоксидония интраназально в комплексе реабилитационных методов у часто болеющих ОРВИ детей, инфицированных *micobacterium tuberculosis*, приводит к положительному клиническому и иммунологическому результату.

УДК 613.2-055.26:613.952

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И ПИЩЕВЫХ ПРИОРИТЕТОВ БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

**А.В. Миргородская, Т.А. Сиротченко, О.А. Бугаенко,
А.А.Сиротченко**

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Одной из серьезных проблем XXI века является ожирение у детей. В настоящее время доказано, что переедание или возникновение транзиторных значимых приоритетов у беременных женщин, длительный прием пищи с повышенным содержанием жира, использование диеты с низким содержанием белка, дефицит жизненноважных нутриентов, оказывают негативное влияние на эпигеномную программу развития, вызывают общие и локальные эпигенетические изменения, реализация которых в последующие годы жизни отразится как на состоянии общего здоровья будущего ребенка, так и увеличит риск метаболических заболеваний.

Цель исследования: изучить роль питания и пищевых приоритетов женщин в период беременности в развитии риска избыточной массы тела у их детей.

Материалы и методы. Проведено катамнестическое клинико-лабораторное наблюдение 159 детей в возрасте 2-3 лет с избыточной массой тела (85-95 перцентиль) из полных семей со средним уровнем доходов, стандартные общеклинические исследования, антропометрия (рост, вес, окружность талии, окружность груди), оценка нервно-психического развития, а также ретроспективный анализ их историй развития детей (форма № 112) и карт наблюдения за беременными женщинами (обменная карта форма № 113/у).

Оценивали факторы риска анте- и неонатального периодов, вид вскармливания, динамику прибавки МТ у детей на первом и втором году жизни. Избыток массы тела определяли на основании комплексной оценки показателей роста, массы тела, их гармоничности. У детей первых 2 лет жизни использовали показатели сигмальных отклонений индекса массы тела (ИМТ) на основании критериев ВОЗ и Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению ожирения у детей и подростков 2014 г., РФ: недостаточность питания: ИМТ < -2,0 SD; избыточная масса тела: ИМТ от +1,0 SD до +2,0 SD; ожирение: ИМТ > +2,0 SD.

Результаты. Анализ характера питания детей показал, что среднесуточный набор продуктов, употребляемый ими, не соответствовал диетологическим рекомендациям для этой возрастной группы, и не был сбалансированным. Излюбленными, часто употребляемыми продуктами у них были мучные и колбасные изделия, сладости, сладкие соки. Употребление фруктов и овощей было низким.

У 8,1% женщин был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Мониторинг течения беременности, родов и послеродового периода выявил у большинства женщин (84,5%) факторы высокого риска нарушений внутриутробного развития плода и рождения детей со сниженными адаптационными возможностями. У большинства беременных имела место экстрагенитальная патология. Анализ среднесуточного набора продуктов в период беременности показал, что несмотря на включение в рацион основных продуктов питания (мясо, рыба, молоко, яйца, овощи, фрукты), их количественный состав был недостаточным (56,3%) в отличие от хлебобулочных изделий, выпечки, сладостей, нередко заменяющих завтрак, полдник, так как вкусовые привычки у большинства из них (83,4%) были преимущественно связаны с углеводным питанием (сладости, мучные изделия, сладкие соки, варенье, мед). Употребление белоксодержащих продуктов было недостаточным: мясо и рыбу ежедневно употребляли только 18 и 12,5%

соответственно, молочные продукты – 34%, сыр – 24%. Жиры употреблялись в избыточном количестве (87%), преимущественно за счет растительных жиров. Овощи и фрукты употреблялись с одинаковой частотой (29,6%). Следует отметить, что 64% женщин предпочитали жареную и тушеную пищу и только у части из них способ приготовления блюд был щадящим: отварным (20%) и паровым (5%) соответственно. Анализ рациона питания беременных показал, что оно было нерациональным и несбалансированным по основным нутриентам.

Большинство детей родились с нормальной МТ 3790 ± 222 г (76%), у 11% МТ при рождении была более 4 кг, у 13% – низкой (2570 ± 320 г). В первый год жизни отмечалась избыточная прибавка веса – у 40%. Следует отметить, что у детей с риском ожирения скорость ежемесячной прибавки веса была повышенной, составляя в среднем 1100 ± 150 г. К 1 году МТ у этих детей увеличилась в среднем в 4 раза (14 ± 1 кг), в то время как у остальных (57%) – в 3 раза, что соответствовало норме. Важно подчеркнуть, что и в последующие годы скорость ежегодной прибавки веса у детей с избыточной МТ в первый год жизни (43%) продолжала оставаться повышенной, составляя ежегодно 3–4 кг, с возможной реализацией в ожирение к школьному возрасту. У более половины детей (57%) прибавка МТ в первый год жизни была нормальной, однако на втором году жизни у части из них (42%) она стала избыточной с развитием риска ожирения, на третьем году жизни – уже у большинства наблюдаемых детей (61%), риск развития ожирения регистрировался в связи с продолжающимся ростом МТ.

Выводы. Таким образом, питание матерей в период беременности у детей с избыточной массой тела было несбалансированным и нерациональным, с неправильными пищевыми приоритетами, несоблюдением режима приема пищи и низкой физической активностью, и было сопряжено с осложненным течением беременности, ранним переводом младенцев на искусственное вскармливание. У 1/3 (33%) этой категории детей уже в первый год жизни регистрируется риск ожирения, на втором году жизни избыточная масса тела у 68,25% детей. Приоритеты питания и пищевое поведение матерей в период беременности отражаются на формировании таковых у их детей с сохранением в их последующей жизни.

УДК 617.3

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

А.А. Панкратьев¹, А.С. Маяцкий²¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»²ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

Артроскопические вмешательства прочно заняли свое место в практике современной травматологии и ортопедии при лечении различных травм и заболеваний коленного сустава. В отделении травматологии и ортопедии Республиканской клинической больницы за период 2017 года с использованием артроскопической техники было пролечено 239 пациентов в возрасте от 17 до 75 лет с различной патологией коленного сустава (139 мужчин – 58,2% и 100 женщин – 41,8%). Средний возраст больных поступивших для артроскопического вмешательства составил 41,8 года, средний возраст у мужчин – 37,5, у женщин – 47,7 года. Большинство пациентов (177 человек – 74%) поступили в отделение по поводу травм коленного сустава, с заболеваниями госпитализировано 62 пациента (26%).

Основную массу пациентов с травмами составили мужчины в возрасте от 20 до 50 лет (118 человек – 49,4%). В то же время женщины, поступившие в отделение, были преимущественно более старшего возраста (40-70 лет) (68 человек – 28,5%) и в большинстве случаев страдали деформирующим артрозом коленного сустава. У больных с травмами коленного сустава наиболее часто диагностировалось повреждение менисков (107 пациентов – 61,9%), повреждение передней крестообразной связки (36 пациентов – 20,8 %) или их сочетание (30 пациентов – 17,3%). В структуре повреждения менисков чаще повреждался внутренний мениск (89 пациентов – 64,5%), наружный мениск у 35 пациентов (25,5%), сочетанное повреждение обоих менисков выявлено у 13 больных (9,5%).

В структуре больных с заболеваниями коленного сустава преобладали пациенты с деформирующим артрозом, у большинства из которых была диагностирована деструкция суставного хряща 3-4 степени (45 пациентов – 82,3%) зачастую сочетавшаяся с другими дегенеративными изменениями коленного сустава (синовит, хондроматоз, синдром медиопателлярной складки, болезнь Гоффа). Среди других заболеваний встречались единичные случаи хондроматоза у молодых пациентов, грубых фиброзных изменений коленного сустава и другие заболевания. Средняя длительность пребывания на кой-

ке составила 8,7 дня и была несколько короче у пациентов с травмами коленного сустава. Средняя длительность послеоперационного нахождения больных в стационаре составила 6,7 дня (несколько ниже у мужчин – 6,4 дня, по сравнению с женщинами – 7,2 дня). Течение послеоперационного периода у всех пациентов было гладким и характеризовалось умеренным болевым синдромом, умеренным повышением температуры тела до субфебрильных цифр и ранней активизацией больных в первые сутки после операции.

Явления гемартроза в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 18,7% больных и у 12,5% больных требовали пункции коленного сустава в 1-2 сутки. Средний объём пунктата составил 65 мл. Достоверной зависимости частоты и объёма гемартрозов от возраста, пола или нозологии среди больных нами найдено не было. Данные явления не приводили к увеличению длительности пребывания больных в стационаре и не оказывали значительного влияния на течение раннего послеоперационного периода и функциональные исходы в отдаленном периоде. Поэтому наличие гемартроза купированного к 3-4 суткам после операции мы не считаем осложнением, а расцениваем его как вариант нормального послеоперационного периода после артроскопии, связанного с самим оперативным вмешательством.

Выводы. Артроскопический метод лечения патологии коленного сустава на данный момент широко применяется в практике нашего отделения, характеризуется минимальной травматичностью, редкими осложнениями и ранней активизацией больных с хорошими исходами. Полученные при анализе данные соответствуют данным мировой литературы, что позволяет нам в дальнейшем провести анализ отдаленных результатов лечения.

УДК 616.127-005.8

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПО ДАННЫМ КОРОНАРОГРАФИИ

Р.И. Перегорода, Д.А. Некрасов, Н.А. Шаповалов, А.В. Зинченко, Т.В. Кривоносова, С.Г. Троценко, А.И. Саньков, Е.Е. Акимова, Ж.В. Голованева, Н.Ю. Сосна, Л.В. Чумак

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

Введение. Основополагающим в лечении пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST (STEMI) является экстренное восстановление коронарного кровотока путем первичного перкутанного ко-

ронарного вмешательства (п-ПКВ) и/или тромболитической терапии (ТЛТ). Своевременная коронарная реперфузия снижает летальность и улучшает прогноз качества дальнейшей жизни. Эффективность ТЛТ по ангиографическим критериям изучена недостаточно.

Цель работы. Оценить степень реперфузии в коронарных артериях непосредственно после ТЛТ (фортелизин, пууролаза) по данным селективной коронарографии (КАГ).

Материал и методы. Обследовано 80 больных с STEMI (средний возраст: 62±4 года) после тромболизиса (фортелизин, пууролаза) по общепринятым схемам. Всем пациентам выполнялась селективная КАГ и, при необходимости, ПКВ соответствующей инфаркт-зависимой артерии в первые 24 часа заболевания. Пациентам была проведена ТЛТ в первые 5 часов от начала болевого синдрома (210,2±64 мин).

Результаты. По данным КАГ выделены следующие группы:

1 группа. 26 больных (32,5%) – неэффективная ТЛТ (тромботическая окклюзия инфаркт-зависимой артерии ТИМ-0); 2 группа. 44 больных (55%) – сомнительно эффективная ТЛТ (остаточный тромбоз, резидуальный стеноз в инфаркт-зависимой артерии >70% ограничивающие кровотоки до ТИМ-1,2); 3 группа. 10 больных (12,5%) – клинически эффективная ТЛТ (остаточное сужение инфаркт-зависимой артерии <70%, кровотоки ТИМ-3). Достоверных различий по возрасту, полу, сопутствующей патологии между группами не было. У пациентов 1 и 2 группы выполнены ПКВ. В 3 группе проводилось консервативное лечение согласно стандартным протоколам, с последующей оценкой отдаленных результатов от 3 до 6 месяцев.

Выводы. 1. ТЛТ у больных с STEMI требует выполнения КАГ по неотложным показаниям с решением вопроса о ПКВ. 2. Использование ТЛТ в первые часы развития STEMI, при отсутствии возможности проведения п-ПКВ, позволяет в большинстве случаев восстановить кровотоки в коронарных артериях и создать временные условия для транспортировки пациентов в специализированный центр.

УДК 616.127-005.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОКС И ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Р.И. Перегорода, Д.А. Некрасов, Н.А. Шаповалов, А.В. Зинченко, Т.В. Кривоносова, С.Г. Троценко, А.И. Саньков, Е.Е. Акимова, Ж.В. Голованева, Н.Ю. Сосна, Л.В. Чумак

Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

Введение. Одной из основных причин смертности при сердечно-сосудистой патологии является острый инфаркт миокарда со стойкой элевацией сегмента ST (STEMI). Позитивная динамика летальности при STEMI возможна, только после создания эффективной системы реперфузионного лечения. На данный момент на базе Луганской Республиканской клинической больницы в отделении интервенционной радиологии оказывается помощь больным с острым коронарным синдромом (ОКС) STEMI в режиме 5 дней в неделю 9 часов в сутки (9/5). Такой режим работы обусловлен сложившейся ситуацией. В основу протоколов лечения были положены рекомендации Европейского общества кардиологов (2012 г.). Конечная цель – максимально быстрая доставка больных в катетеризационную лабораторию для открытия инфаркт-зависимой артерии и обеспечение ранней реперфузии миокарда.

Цель работы: Провести анализ результатов первичного перкутанного коронарного вмешательства (п-ПКВ) у пациентов со STEMI за последний 21 месяц.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов со STEMI, после п-ПКВ. Проанализировано 317 случаев, 239 пациентам выполнено п-ПКВ. Оценка эффективности проводилась с учетом конечной точки - госпитальной летальности.

Результаты. За 21 месяц (с 2017 года по сентябрь 2018 г.) выполнено п-ПКВ 239 пациентам со STEMI. Временные рамки доставки пациентов от начала болевого синдрома до приемного отделения: до 3 часов - 49 пациентов (15,46%), 3-6 часов - 81 пациентов (25,55%), 6-12 часов - 90 пациентов (28,39%), ≥12 часов - 97 пациентов (30,59%) после проведенной тромболитической терапии. Летальность составила 6,2%. Ограничений для проведения п-ПКВ по возрасту, полу, наличию сахарного диабета, величине фракции выброса левого желудочка, наличию кардиогенного шока не было.

Выводы. 1. Рутинное проведение первичного ПКВ у STEMI пациентов в первые часы от начала симптомов - является приоритетной задачей лечения. 2. Для снижения летальности у пациентов с ОКС (STEMI) необходима реорганизация логистики для обеспечения доставки больных во временные рамки «реперфузионного окна». 3. Функционирование служб оказывающих высокотехнологичную помощь больным с ОКС STEMI в режиме 24/7. 4. Улучшение материально-технической базы, подготовка квалифицированных медицинских кадров.

УДК-613.9:616.97

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ****В.Г. Радионов, Л.Н. Провизион, Т.И. Шварёва***ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Актуальность. Под репродуктивным здоровьем, согласно рекомендациям «Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994)», подразумевается не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушений её функций или процессов в ней, но и состояние полного физического и социального благополучия. Это означает возможность удовлетворённой и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению потомства и самостоятельному решению вопросов планирования семьи.

Цель работы. Изучить факторы, оказывающие влияние на состояние репродуктивного здоровья, в том числе болезней, передающихся преимущественно половым путём.

Для оценки состояния репродуктивного здоровья используют понятие «репродуктивной токсичности», под которым понимают комплекс неблагоприятных факторов окружающей среды, оказывающих влияние на процессы оплодотворения, беременность и здоровье потомства (эмбриотоксичность, тератогенность и мутагенность).

Эмбриотоксичные эффекты наблюдаются у эмбриона и плода, проявляются в виде постнатальных структурных и функциональных нарушений. К ним относят врождённые пороки развития, нарушение роста, внутриматочную гибель и повреждение постнатальных функций. Гетерогенные эффекты проявляются в повышении числа врождённых пороков развития. Мутагенные - характеризуются увеличением частоты мутаций в соматических и половых клетках человека.

По типу воздействия на репродуктивное здоровье выделяют два вида факторов репродуктивной токсичности, являющихся результатом влияния непосредственно на мужскую и женскую половую функцию и развитие потомства. Первый вид проявляется в форме отставания полового развития, снижения репродукции и либидо, стойких нарушений менструального цикла и сперматогенеза, гинекологических заболеваний, нарушения течения беременности (угрожающие и самопроизвольные аборт, угроза преждевременных родов, осложнения 2-й половины беременнос-

ти), родов, лактации, преждевременного репродуктивного старения и др. Ко второму виду указанных факторов относят нарушения нормального развития плода. Они обусловлены неблагоприятным воздействием на родителей до зачатия, а также на плод в пренатальный и постнатальный периоды. Результатом этого могут быть мертворождения, врождённые морфогенетические пороки развития, аномалии массы и пропорции тела новорождённых и т.д.

На состояние репродуктивного здоровья человека большое влияние оказывают инфекции, передающиеся половым путём, это в первую очередь сифилис, гонорея, трихомоноз, а также такие, как герпес- и папилломавирусная, хламидийная, мико- и уреоплазменная, кандидозная и другие инфекции. Результатом указанных хронических инфекций являются бесплодие, нарушение вынашивания беременности, внутриутробное инфицирование плода, мертворождения, преждевременные роды, инициация процессов атеросклероза и, что самое опасное – канцерогенеза (развитие дисплазий, рака шейки и тела матки, а также предстательной железы).

Выводы. Таким образом, для сохранения репродуктивного здоровья необходимо знание факторов влияющих на его состояние, среди которых немаловажное значение имеют болезни, передающиеся половым путём, своевременная профилактика которых особенно актуальна у лиц фертильного возраста и которую должны проводить совместно специалисты-смежники: врачи дерматовенерологи, акушеры-гинекологи и урологи.

УДК 616.516-053.4

СЛУЧАЙ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У РЕБЁНКА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.Г. Радионов, Л.Н. Провизион, Т.И. Шварёва

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Атрофический склеротический лишай (lichen scleroticus atrophicus) или склеродермия каплевидная рассматривается как одна из клинических форм очаговой поверхностной склеродермии, при которой изменения начинаются мелкими, бело-розовыми, не зудящими папулами, чаще располагающимися на коже шеи, плеч, груди, вокруг половых органов и в перианальной области, с возможным развитием (в основном у девочек и молодых женщин) атрофии наружных

половых органов (малых половых губ, клитора и уздечки), у мужчин, в виде облитерирующего ксеротического баланита. Заболевание развивается медленно, иногда возникает у детей с грудного возраста и до периода полового созревания, порой с периодами улучшения, но с выраженной резистентностью к медикаментозной терапии.

Под нашим наблюдением находился ребенок в возрасте 7 лет. Со слов мамы проблемы у мальчика начались с самого рождения. Мама заметила, что струя у ребёнка вялая, мочеиспускание происходит с трудом, струя вялая. Специалистами было рекомендовано динамическое наблюдение. Лечение не назначалось. Спустя годы появились изменения на коже полового члена, что явилось причиной обращения к врачу дерматовенерологу нашего диспансера. В области крайней плоти сформировалась кольцевидная перетяжка, что затрудняло открытие головки полового члена. При осмотре: наружные половые органы развиты правильно; в области крайней плоти сформировалась кольцевидная перетяжка, что затрудняло открытие головки полового члена; наружное отверстие и слизистая уретры белого цвета, блестящая, что отличает её от здоровой слизистой оболочки; при пальпации уретры – слегка выраженное уплотнение. Выставлен диагноз: склероатрофический лихен. Лечение проведено по схемам бляшечной склеродермии. Выписан с улучшением. Рекомендовано повторное лечение.

УДК 616-006.328-08-053.2/.6

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕАНГИОМАХ У ДЕТЕЙ

В.Г. Радионов, Д.В. Радионов.

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

В повседневной практике врачам дерматологам, а в первую очередь неонатологам и педиатрам, приходится сталкиваться с проблемой сосудистой патологии кожи, возникающей у детей сразу после рождения или в первые месяцы жизни. К сожалению, не все из них владеют профессиональными знаниями и опытом при установлении правильного диагноза и, зачастую, вокруг сосудистого образования на коже ребенка возникает неоправданный диагностический ажиотаж, приводящий родителей в состояние неизвестности с последующими кабинетными мытарствами. Итак, сосудистые ано-

малии – группа врожденной патологии сосудов, которые подразделяются на сосудистые опухоли и мальформации, отличающиеся особенностями клинического течения и подходами к лечению. Гемангиома (сосудистый невус), представляет собой эндотелиальную гиперплазию и является наиболее часто встречающейся доброкачественной сосудистой опухолью. Мальформация – это дефект строения сосудов, который возникает в процессе эмбрио- и васкулогенеза. Данная сосудистая патология начинает формироваться внутриутробно, с момента начала образования кровеносных сосудов, т.е. в конце 3 недели развития эмбриона. Необходимо отметить, что классификация гемангиом достаточно сложна. Они могут быть: одиночными и множественными, поверхностными (в пределах собственно кожи), глубокими (под кожей и глубже), висцеральными (во внутренних органах), прогрессирующими или регрессирующими, являться симптомом многих кожно-висцеральных синдромов и т.д. Гемангиомы, чаще капиллярные, по данным многих отечественных и зарубежных авторов, от 70 до 90 % могут регрессировать самостоятельно, за исключением распространенных опухолей и опухолей критических локализаций: периорбитальная область, слизистые полости рта и язык, ушные раковины, половые органы и др. При агрессивном их росте, неадекватный выбор метода лечения может привести к тяжелым косметическим дефектам и к возникновению критических состояний. В настоящее время для систематизации всех сосудистых аномалий используют классификацию Международного общества изучения сосудистых аномалий ISSVA (International Society for the Study Of Vascular Anomalies). Данная классификация хороша, однако, нам представляется, что она порой совершенно не отражает клиническое состояние любой сосудистой патологии. В большинстве случаев диагноз гемангиомы опытными врачами ставится клинически, однако в некоторых случаях его следует подкреплять дополнительными инструментальными методами исследования. Диагноз нашими специалистами устанавливается на основании внешнего осмотра с обязательным дополнительным обследованием, проводя цифровую дерматоскопию и сонографию образования, с целью дифференцирования с сосудистыми мальформациями и определения уровня залегания гемангиомы. Из других методов, при необходимости, назначаем УЗИ с доплерометрией, КТ или МРТ при подозрении на один из синдромов, при которых любые кожные гемангиомы являются куда менее опасны, чем такие синдромы

как: Казабаха-Мерритта; Гипшеля-Линдау; Бина; Стерджа-Вебера-Краббе; Ослера-Рандю; Вискотта-Олдрича и ряд др., при которых гемангиомы могут локализоваться в жизненно важных органах (в первую очередь паренхиматозных), в том числе и в головном мозгу.

Динамическое врачебное наблюдение новорождённых или детей первых месяцев жизни (с момента появления) нами проводится практически до полной инволюции гемангиомы, преимущественно капиллярной, с обязательным клиническим осмотром и проведением инструментальных методов обследования. Наш, более чем 15-летний практический опыт ведения сотен таких пациентов, позволяет с уверенностью констатировать факт необходимости динамического врачебного наблюдения без оперативного вмешательства, в особенности при капиллярных гемангиомах кожи, полная инволюция у большинства из которых наблюдается к 2-3, реже к 4-6 годам жизни.

УДК 616.31-022-053.2:661.8

**КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Г. А. Решиков, В. А. Решиков, О. А. Бугаенко, Г. Г. Бондаренко
*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

В среднем дети дошкольного возраста могут болеть 6 раз в году. При оформлении в дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) и особенно первые полгода их посещения частота заболеваемости простудными заболеваниями увеличивается в два раза. Реальные уровни заболеваемости еще выше, поскольку часть родителей не обращаются за медицинской помощью, а занимаются самолечением. Статистика говорит, что в первый год посещения сада с проблемой постоянных больничных сталкиваются минимум половина родителей. Ко второму году «садиковского обучения» число часто болеющих детей сокращается до 20%, и лишь 10% воспитанников часто болеют на третьем году обучения.

Начав ходить в детский сад, ребенок больше контактирует с другими детьми (источниками новых вирусов), подолгу находится в сухом непроветриваемом помещении, или неправильно одевается. Даже идеально протекающий период адаптации сопровождается болезня-

ми. После простудных заболеваний нередко возникают различные осложнения за счет присоединения бактериальной микрофлоры (бронхиты, пневмонии, синуситы, отиты пиелонефриты и др.).

Отечественными и зарубежными учеными установлено, что здоровье человека лишь на 7-8% зависит от успехов здравоохранения, а на 50% – от образа жизни. К сожалению, до настоящего времени используется достаточно много безрецептурных лекарственных препаратов, применяемых для лечения и профилактики простудных заболеваний.

Современные методы комплексной клинико-экономической оценки лекарственных препаратов основаны на взаимосвязанном анализе стоимости и эффективности, учитывающем в том числе безопасность применения того или иного препарата. Наиболее часто используемыми методами являются метод «минимальной стоимости» (минимизации затрат) и метод «стоимость-эффективность», которые позволяют оценить, какие необходимо понести издержки на лечение, чтобы восстановить здоровье ребенка в кратчайшие сроки, а также избежать осложнений и побочных действий препаратов. Анализ стоимости заболевания включает расчет последующих издержек, связанных с заболеванием (больничные листы).

Задачей фармакоэкономической части нашего исследования явилось определение прямых издержек: стоимость лечения и выплаты по больничному листу по уходу за больным ребенком.

Цены на наиболее часто покупаемые противовирусные препараты (Арбидол, Анаферон детский, Виферон, Колдакт и др.) в государственных аптеках Луганской Народной Республики колеблются от 173 рублей до 395 рублей на 3-5- дневный курс лечения. Безрецептурные лекарственные препараты для симптоматического лечения простудных заболеваний очень часто содержат разные дозы одинаковых активных веществ. Это затрудняет проведение анализа минимальной стоимости, так как его условием является сравнение методов лечения при условии их равной эффективности. Нами минимальная стоимость симптоматической терапии на одного ребенка рассчитана в пределах 700 рублей.

Для снижения риска заболевания и распространения простудных заболеваний является эффективным выполнение простых санитарно-гигиенических правил (комфортный температурный режим помещения, регулярное проветривание, одежда по погоде, закаливание, разнообразное питание, летнее оздоровление). Эти мероприя-

тия бывают недостаточно эффективными, если ребенок заранее не подготовлен к поступлению в ДОО. Правильная и своевременная подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения включает не только инструктаж матерей в отношении режима детского учреждения, но и проведение закаливающих процедур и гимнастики, использование различных вариантов дыхательных упражнений, активация двигательной деятельности. Физическая реабилитация способствует гармоничному физическому развитию, снижению стресса из-за адаптации в детском саду, повышению резистентности организма ребенка и снижению частоты заболеваемости.

Было проведено контролируемое клиническое исследование по оценке эффективности методов физической реабилитации у детей дошкольного возраста. В исследование были включены 37 детей в возрасте от 2 до 6 лет, оформляющихся в ДОО. Для каждого ребенка был разработан оптимальный комплекс двигательной деятельности в виде различных режимов бега и ходьбы, дыхательной гимнастики которые обладают высокой вариативностью в своем использовании для повышения резистентности организма ребенка. Выполнение комплекса проводилось под систематическим контролем врача или инструктора лечебной физкультуры.

В результате применения физической реабилитации получен не только высокий клинический эффект, но и положительные экономические результаты, связанные с уменьшением заболеваемости, снижением числа осложненных форм заболевания, а также с профилактикой рецидивов хронических заболеваний респираторного тракта.

Таким образом, можно считать, что физическая реабилитация является методом, позволяющим оптимизировать лечебно-профилактическую и экономическую составляющие адаптационного периода дошкольника.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

М.Ю. Сульженко, Н.Н. Головченко, Т.Г. Руденко

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Актуальность. Тромбоцитопения у детей является часто встречающимся гематологическим симптомом при различных заболеваниях, отличающихся этиопатогенетическими факторами, клиничес-

кими проявлениями, что, в свою очередь требует дифференцированного подхода на этапе диагностического поиска. Установление истинных причин тромбоцитопении имеет важное значение, поскольку тактика ведения больных может существенно различаться.

Цель: изучить клинические варианты тромбоцитопений у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 118 детей с симптомом тромбоцитопении. Из исследования были исключены пациенты, у которых были диагностированы приобретенные тромбоцитопении вследствие нарушения продукции тромбоцитов, ассоциированные с другими гематологическими заболеваниями (апластическая анемия, миелодиспластический синдром, острый лейкоз, хронические миело- и лимфопролиферативные заболевания, метастатическое поражение костного мозга при злокачественных опухолях, тромбоцитопения, индуцированная химио- и лучевой терапией). Расчет показателей, статистическая обработка данных проводились стандартными средствами Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.

Результаты. По результатам исследования причинных факторов тромбоцитопении у детей иммунная тромбоцитопеническая пурпура выявлена у 46,6±4,6 % (55/118). Констатирован 1 случай тромбастении Гланцмана – 0,8±0,8 % (1/118). Тромбоцитопения при застойной спленоmegалии (на фоне портальной гипертензии) выявлена у 2 детей – 1,7±1,2 % (2/118). Системные заболевания соединительной ткани диагностированы у 3 пациентов 2,5±1,4 % (3/118). 2 детям подтвержден аутоиммунный гепатит – 1,7±1,2 % (2/118), хронические вирусные гепатиты (В, С) – 5 случаев – 4,2±2,8 % . У 12 детей обнаружены различные варианты герпес-вирусной инфекции – 10,2±2,8 % (12/118). ВИЧ-инфекция выявлена у 2 пациентов 1,7±1,2 % (2/118). Нередким явлением в педиатрической практике является тромбоцитопения новорожденных. В нашем исследовании она констатирована у 6 детей – 5,1±2,1 % (6/118). Однако, самыми весомыми из вторичных тромбоцитопений оказались лекарственно-индуцированная тромбоцитопения – 14,4±3,2 % (17/118), а также тромбоцитопения у детей на фоне глистной инвазии – 11,0±2,9 % (13/118).

Выводы. Таким образом, тромбоцитопения у детей является мультидисциплинарной проблемой, далеко не всегда тождественной диагнозу иммунной тромбоцитопенической пурпуры, и требующей дифференцированного подхода к установке этиопатогенетического фактора, что, в свою очередь, будет способствовать выбору оптимальной тактики терапии и улучшит прогноз заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

М.Ю. Ткачева¹, В.А. Курбацкая², А.В. Чумакова², Н.В. Решетило¹

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница» ЛНР

Актуальность: согласно классификации ВОЗ, преждевременными считаются роды, наступившие в сроки беременности с 22 до 37 полных недель с массой тела плода 500-2500 г, включая экстремально низкую - ЭНМТ (500-999г) и очень низкую - ОНМТ (1000-1500г) массу тела. Надолго недоношенных детей приходится до 70% ранней неонатальной смертности и 65-75% от детской смертности в целом. В настоящий момент, глубокую обеспокоенность современной перинатологии вызывает качество обеспечения недоношенных детей высококвалифицированной медицинской помощью, а также вопросы оптимизации методов их выхаживания и лечения. Особого внимания заслуживает проблема интенсивной терапии респираторных расстройств, в частности бронхолегочной дисплазии (БЛД). У недоношенных новорождённых, БЛД может возникать как вследствие ятрогений, а так и являться проявление мальтерированного онтогенеза. Это обстоятельство необходимо учитывать и при проведении дифференциальной диагностики и при внедрении персональных лечебных программ.

Цель исследования: провести анализ эффективности применения медикаментозной схемы лечения БЛД у глубоко недоношенных детей, с учетом годичной летальности связанной с данной патологией.

Результаты: в отделении интенсивной терапии новорожденных ГУ «ЛРКБ» ПЦ с 2015 года внедрён и активно используется современный медикаментозный алгоритм лечения БЛД, а именно персонализированные комбинации препаратов: - кортикостероидов, метилксантиновых диуретиков. Об эффективности внедрения данного подхода говорят результаты полученные за период с 2014 по 2018 год включительно. В 2014 году летальность детей с БЛД составила -27%; в 2015 -19,8%; в 2016 - 18,7%; в 2017 -18%; в 2018 - 16%.

Выводы: рациональное внедрение новейших стандартов выхаживания и лечения недоношенных новорождённых, тяжесть состояния которых была осложнена БЛД, позволило снизить летальность при данной патологии, за последние 4 года на 11%.

УДК 616.831 - 001 - 053.31

ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

М.Ю. Ткачева¹, С.Н. Манищенков², Н.В. Решетило¹

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница» ЛНР

Актуальность. Среди новорожденных детей, как доношенных, так и недоношенных, отмечается высокий процент неврологических расстройств и, прежде всего, за счет перинатального поражения головного мозга гипоксического генеза центральной нервной системы. Одной из наиболее серьезных, часто встречающихся, но недостаточно изученных церебральных катастроф у новорожденных, считается перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ).

Цель - выявить анамнестические особенности новорожденных детей с диагнозом перивентрикулярная лейкомаляция.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных ГУ «ЛРДКБ» за период 2015–2017 гг. с диагнозом ПВЛ.

Результаты и обсуждение. В течении 2018 года в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных ГУ «ЛРДКБ», на лечении находилось 4 ребёнка с ПВЛ, что в 2 раза ниже такого же показателя в 2017 году (8 случаев). Различий по гендерному признаку не отмечено (мальчики – 62,5%, девочки – 37,5%). Достоверно чаще ПВЛ выявляется у детей со сроком гестации от 28 до 30 недель (37,5%). В сроке 22–27 недель, подобная патология зарегистрирована в 12,5% случаев, у доношенных новорожденных ПВЛ была обнаружена в пяти наблюдениях (22,7%).

В зависимости от массы тела при рождении ПВЛ в 2 раза чаще встречается у детей с очень низкой массой тела при рождении – 38,9%. Факторы риска по возникновению ПВЛ у детей представлены следующим образом: в 92% случаев у детей зарегистрирована асфиксия при рождении: легкой степени у 36% детей, в 64 % случаев – тяжелая. Внутривентрикулярные кровоизлияния (ВЖК) (Классификация Papile) предшествовали развитию ПВЛ у 30% детей: ВЖК 2 степени – 74,3%, третьей – четвертой – у 25,7% детей. Ранняя бактериальная инфекция выявлена – у 68%, ухудшение в респираторном

статусе – 21%, аппаратная искусственная вентиляция проводилась всем детям данной группы.

При анализе лабораторных методов исследования отмечено: гипогликемия встречалась у 23% обследуемых детей, гипокальциемия – у 12%, гипонатриемия – у 42%. В единичных случаях у детей выявлены: гипокалиемия, гиперкальциемия, наличие гемодинамически значимого функционирующего артериального протока.

У детей со скорректированным возрастом более 8 месяцев, обратившихся в консультативную поликлинику стационара, оценен неврологический статус: у 28% детей выставлен диагноз ДЦП, атрофическая вторичная компенсированная гидроцефалия диагностирована у 4 детей (18,2%), перинатальная энцефалопатия – у 1 ребенка (4,5%).

Выводы. Перивентрикулярная лейкомаляция у новорожденных детей может привести к необратимым последствиям, к умственной отсталости различной степени выраженности и детскому церебральному параличу. Дети с ЭНМТ при рождении и сроком гестации менее 28 недель не являются группой риска по возникновению ПВЛ, достоверно чаще тяжелое поражение головного мозга встречается у детей со сроком гестации 28–30 недель, а так же у доношенных новорожденных на фоне перенесенной асфиксии тяжелой степени.

УДК 613.221 - 053.31 "312"

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

М.Ю. Ткачева¹, Н.В. Решетило¹, А.В. Чумакова², Е.А. Письменная²

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»
перинатальный центр ЛНР

Актуальность: грудное вскармливание – идеальное питание как для доношенного, так и для недоношенного новорожденного. Его исключительной пользе в литературе уделяется огромное внимание. Однако в условиях отделения интенсивной терапии организация проведения полноценного грудного вскармливания остается достаточно проблемным вопросом.

Цель: проанализировать возможности организации и предварительные результаты проведения грудного вскармливания

ния в условиях отделения интенсивной терапии новорожденных ГУ «Перинатальный центр» «ЛРКБ».

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 350 историй болезни новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании в условиях отделения интенсивной терапии новорожденных в ОИТН ПЦ с 2014 по 2018 год.

Результаты: в отделении интенсивной терапии новорожденных в ОИТН ПЦ, большинство пациентов являются недоношенными и недоношенными с экстремально низкой массой тела.

Характер проектирования и технические возможности перинатального центра предусматривают возможность пребывания матери на одном этаже с ребенком, находящимся в отделении реанимации новорожденных. Этот факт является крайне важным для психоэмоционального состояния матери, и положительно влиял на сохранение лактации. Сотрудники отделения могут вести образовательные беседы с молодыми матерями, пропагандируя важность грудного вскармливания.

В ходе наблюдения за детьми, находящимися на грудном вскармливании, обращало на себя внимание, то что эвакуация молока из желудка и его последующее усвоение проходила на 20-30% быстрее чем молочной смеси, тем самым обеспечивалось лучшее всасывание жиров стимулирование моторики ЖКТ.

Также внимание привлекает разительное (в 3 раза) снижение риска возникновения некротизирующего энтероколита, вероятность тяжелого течения бронхолегочной дисплазии (в 2 раза) и ретинопатии недоношенных (в 2 раза). Кроме того, у 50% пациентов, был снижен риск развития сепсиса новорождённых. Частота повторных госпитализаций снижена на 30%.

Выводы: технические возможности перинатального центра позволяют проводить грудное вскармливание в условиях отделения интенсивной терапии, с первых суток после рождения.

В результате внедрения данной методики имело место снижение частоты возникновения некротизирующего энтероколита, бронхолегочной дисплазии, ретинопатии недоношенных, снижен риск развития сепсиса и частоты повторных госпитализаций, по сравнению с новорожденными пребывающими на искусственном вскармливании.

УДК616.14 - 089.8 - 053.31

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ ДОСТУП В НЕОНАТОЛОГИИ

М.Ю.Ткачева, А.А. Судиловский, Н.В. Решетило, А.В. Чумакова
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»
перинатальный центр ЛНР

Введение: обеспечение длительного центрального венозного доступа (ЦВД) у новорождённых, продолжает оставаться актуальной проблемой интенсивной терапии. При проведении катетеризации вен у детей, в отличие от взрослых пациентов, существует целый ряд специфических обстоятельств, связанных с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, а именно, ограниченный выбор вен для катетеризации, необходимость длительного нахождения катетеров, малые объемы инфузии, необходимость введения растворов с высокой объемной скоростью относительно веса ребенка, большее число попыток при катетеризации и, соответственно, более высокий рисквозможных осложнений.

Ежегодно, отделение интенсивной терапии новорождённых перинатального центра (ОИТН ПЦ) Луганской республиканской клинической больницы, оказывает помощь в среднем 130-140 детям, большая часть которых требуют длительной инфузионной терапии, частичного или полного парентерального питания, что можно обеспечить только с помощью ЦВД.

Цель: изучение основных аспектов эффективности использования центральных венозных катетеров у новорождённых детей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни новорожденных детей, находящихся на лечении в ОИТН ПЦ и требующих установки центрального венозного доступа, в период с января 2018 года по октябрь 2018года включительно.

Результаты: в ГУ «ЛРКБ» ЛНР ПЦ ОИТН, при установке ЦВД, предпочтительное преимущество было отдано катетерам PICC-line. Это периферически вводимый центральный венозный катетер, предназначенный для долгосрочной венозной катетеризации недоношенных детей с низкой и очень низкой массой тела (менее 999г). Преимущественно использовались катетеры изготовленные из рентген контрастного полиуретана, более плотного, в сравнении с силиконовыми катетерами, что упрощало установку. При

этом катетер оставался эластичным и достаточно мягким, что минимизировало травматизм сосудов новорождённого.

Обнаруженный технический минус данных катетеров, заключается в невозможности произведения трансфузии эритроцитарной массы и СЗП, ввиду малого просвета катетера.

Выводы: центральные катетеры PICC-line, имплантируемые через периферические вены, позволяют обеспечить практически весь комплекс задач по внутривенному введению препаратов при большем уровне безопасности и простоте установки. Данный способ можно рекомендовать как рутинный для применения в большинстве отделений интенсивной терапии новорождённых.

УДК 615.222

ПРОФИЛАКТИКА РЕПЕРFUЗИОННЫХ АРИТМИЙ МАГНИЯ СУЛЬФАТОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

С.Г. Троценко, А.И. Саньков, Д.А. Некрасов, А.В. Перегорода

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

Введение. Восстановление кровотока в инфарктообразующей артерии тем или иным способом является решающим фактором в улучшении прогноза при остром инфаркте миокарда (ОИМ). Связанное с этим реперфузионное повреждение миокарда может проявиться развитием реперфузионных аритмий (РА). Чаще всего развивается желудочковая тахикардия (ЖТ), фибрилляция желудочков (ФЖ), ускоренный идиовентрикулярный ритм (УИР), синусовая брадикардия (СБ).

Цель. Исследование эффективности предоперационного применения магния сульфата как средства профилактики РА при проведении первичного перкутанного вмешательства (п-ПКВ).

Материалы и методы. Выбор препарата обусловлен тем, что общим связующим звеном механизмов аритмогенеза является увеличение внутриклеточной концентрации ионов Са. Магний является физиологическим регулятором транспорта Са. Основной механизм его действия - снижение избытка Са в митохондриях и сохранение внутриклеточного АТФ. Доза магния сульфата составляла 2,5 г 25 % раствора. Препарат применялся 92 больным с ОИМ перед п-ПКВ. Контрольную группу составили 95 больных с ОИМ, которым магния сульфат превентивно не использовался.

Группы сопоставимы по возрасту, наличию сопутствующей патологии, выраженности острой левожелудочковой недостаточности по Killip, изменениям, выявленным при коронарографии (полная окклюзия инфарктообразующей артерии). Коронарный кровоток после ПКВ во всех случаях восстановлен до уровня ТИМІ-3.

Критерием оценки эффективности метода являлась частота развития ЖТ, ФЖ и УИР.

Результаты. В контрольной группе РА развивались в 27,5% случаев. Чаще всего отмечались ЖТ (38%), УИР (30%), СБ (16%), ФЖ (11%). Прочие нарушения ритма составили 5%.

В группе больных, получавших магния сульфат профилактически, РА отмечены в 20,6% случаев. Изменилась встречаемость РА: ЖТ – 11%, УИР – 22%, СБ – 28%, ФЖ – 6%, прочие – 33%.

Выводы. 1. Исходя из полученных данных, можно говорить об эффективности магниальной профилактики развития РА, прежде всего, жизнеугрожающих.

2. Требуется изучения методы профилактики РА выражающихся в нарушении проводимости сердца.

УДК 616.127-005.8-08:615.27

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ СХЕМ ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Н.Г. Блудова¹, Н.А. Иванова², И.И. Благинина¹, А.Б. Благодаренко¹

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганский республиканский кардиологический диспансер» ЛНР

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – одна из лидирующих причин смертности в структуре сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из ведущих причин является изъязвление и разрыв атеросклеротической бляшки с последующей тромботической окклюзией ветвей коронарных артерий. Своевременное восстановление кровотока в них – залог снижения смертности и осложнений при ОИМ.

В регионах нашей республики наиболее доступным методом реперфузии миокарда является проведение тромболитической терапии (ТЛТ). Это позволяет снизить смертность от ОИМ и увеличить терапевтическое «окно» для дальнейшего проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в условиях ГУ «ЛРКБ» ЛНР.

С 2015г. применяется фортелизин, с 2017г. – пууролаза.

Цель. Исследовать клиническую эффективность и безопасность российских тромболитиков, применяющихся в ЛНР (фортелизина и пууролазы), провести их сравнительный анализ.

Материалы и методы. Проанализированы и изучены истории болезней 52 пациентов кардиологического отделения ГУ «ЛРКБ» ЛНР, находившихся на стационарном лечении с января 2017г. по апрель 2018г. ТЛТ фортелизином получали всего 33 человека, из них мужчин - 22 (67%), женщин - 11 (33%), средний возраст 58 ± 5 лет. ТЛТ пууролазой - всего 19 человек, из них мужчин - 14 (74%), женщин - 5 (26%), средний возраст 61 ± 5 лет. Больным проведено физикальное обследование, регистрация ЭКГ исходной, на 90 и 180 минуте ТЛТ. Статистический анализ проводился с применением модуля «STATISTICA 13».

Результаты исследования. При оценке клиники сохранения болевого синдрома при ТЛТ фортелизином наблюдалось у 7 человек (21%), пууролазой - у 2 человек (11%). При сравнении результатов проведения ТЛТ была выявлена достоверная зависимость эффективности тромболитизиса от длительности болевого синдрома. Так, достоверно чаще снижение сегмента ST более 50% на 90 минуте от начала тромболитизиса выявлялось у пациентов с длительностью боли от 60 мин до 120 мин. ($p < 0,05$) У больных с длительностью боли в диапазоне от 150 до 220 мин. значительно чаще отмечалась динамика сегмента ST более 50% на 180 минуте от начала тромболитизиса. ($p < 0,05$) Если время боли превышало 200 минут, тромболитизис был неэффективен по данным ЭКГ.

В отношении тромболитизиса пууролазой следует отметить, что динамика ЭКГ на 90 минуте была достоверно выше при длительности боли от 60 до 120 минут ($p < 0,05$). В диапазоне от 150 до 210 минут от начала болевого синдрома динамика ЭКГ на 180 минуте была также значимой и свидетельствовала об эффективности ТЛТ ($p < 0,05$). При времени боли свыше 280 минут положительных изменений на ЭКГ не определялось.

При сравнении двух схем тромболитизиса фортелизином и пууролазой в процентном отношении эффективность ТЛТ выглядела следующим образом: болевой синдром сохранялся у 21% и 11% больных соответственно, эффективность по ЭКГ на 90 минуте - у 58% в обеих группах сравнения, на 180 минуте - у 12 и 21% соответственно. У 30% больных после фортелизина не отмечалась положи-

тельная динамика на ЭКГ против 21% при лечении пулолазой. При сравнении безопасности ТЛТ препаратов выявлены следующие побочные эффекты и осложнения: гематомы в месте пункции (в 6 и 5 случаях соответственно), десневые кровотечения (у 3 больных на фортелизине и у 1 пациента на пулолазе), тошнота (также у 3 пациентов на фортелизине и 1 на пулолазе), у 1 пациентки после ТЛТ пулолазой развилось маточное кровотечение.

Таким образом, результаты свидетельствуют об эффективности ТЛТ, которая в целом была сопоставима при сравнении обоих препаратов с незначительным преимуществом в отношении пулолазы.

Отсутствие больших кровотечений (в том числе геморрагических инсультов), летальных случаев и аллергических реакций свидетельствует о безопасности применяемых препаратов.

Форма выпуска и возможность применения нескольких схем введения препаратов дают возможность широкого их применения как на догоспитальном, так и госпитальном этапе, что обеспечивает раннюю реперфузию миокарда.

УДК 617.7-001.42-057.36(477.61)

ТУПЫЕ ТРАВМЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ , ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛОКАЛЬНОМ ВООРУЖЕННОМ КОНФЛИКТЕ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**О.М. Петруня, Г.В. Степаненко, Е.Н. Коротнева,
Е.П. Коробчинская**

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»,*

ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница»,

Актуальность. Закрытая травма глаза составляет достаточно большой процент причин слабовидения и слепоты. Тупая травма глаза отличается большим количеством проявлений, клиническим течением и осложнениями. На закрытую травму глаза приходится 42-51% стационарных больных с повреждениями органа зрения [Разумовский М.И., 2001]. В период локального вооруженного конфликта отмечено увеличение общего числа травм глазного яблока у военнослужащих, в том числе и закрытых травм.

Цель работы: изучить степень нарушения зрительных функций у пациентов с закрытыми травмами глазного яблока.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 57 историй болезни военнослужащих с контузиями глазного яблока, находившихся на стационарном лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «ЛРКБ» за период 2014-2016 гг.

Результаты и обсуждения. Под наблюдением находилось 57 пострадавших мужского пола, 57 глаз. Возраст больных составлял в среднем от 20 до 50 лет, преобладали пациенты в возрасте от 25 до 45 лет (66,6%). В первые сутки обратилось 28 пострадавших, в течение 2-4 суток – 12 пациентов, 5-7 суток 11 человек и в более поздние сроки – 6 пациентов. Средний койко день составил - 11,8 дня. Распределение тупых травм по степени тяжести представлено следующим образом: I степень – 12(21,1%), II – степень – 18(31,5%), III – степень – 27(47,4%). У 8 (14%) больных в результате контузии произошел субконъюнктивальный разрыв склеры в области лимба, гипемиа и гемофтальм наблюдались у большей половины пострадавших. У 14(24,5%) человек наблюдались посттравматический миодриаз и иридодиализ. Сублюксация хрусталика различных степеней наблюдалась у 7(12,2%) пациентов. Хирургическая обработка была проведена на 8 глазах. Острота зрения у пострадавших при поступлении и выписке составляла соответственно: 1,0-0,6 – на 12/16 глазах; 0,5-0,2 - на 16/21 глазах; 0,1-0,01 – на 20/11 глазах; светоощущение с правильной проекцией – на 4/2 глазах; светоощущение с неправильной проекцией – на 5/ 7 глазах.

Заключение. Все пострадавшие, находившиеся под наблюдением были мужчинами. В основном это были военные травмы. Преобладали травмы III степени тяжести. Обратившиеся в ранние сроки после травмы – 1 сутки составили большую половину всех пострадавших. Улучшению и сохранению зрительных результатов способствовало ранее обращение и комплексное лечение пострадавших с контузией глазного яблока.

УДК 616.15-082(477.61)

ОКАЗАНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

О.А.Реброва¹, И.В.Дичанская², Д.А.Климова², Л.Г.Кузан²

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница»

Оказание гематологической помощи в Луганской Народной Республике осуществляется врачами-гематологами, работающими в гематологическом отделении Луганской Республиканской Клинической Больницы и кабинете гематологии при Луганской Респу-

бликанской Консультативной Поликлинике. Отделение функционирует на 40 коек, обеспечено врачебными должностями на 4,25 ставки в настоящее время в полном объеме; работа кабинета осуществляется на 0,5 ставки, при нормативных 1,0. Количество физических лиц врачей-гематологов составляет 3 человека.

Нами проведен сравнительный анализ основных показателей гематологической помощи в ЛНР за период с 2014 г по сентябрь 2018 г. в сопоставлении с показателями 2013 г. Со второй половины 2014 г. до сентября 2016 г. гематологическую помощь осуществляли два врача. Всего за указанный период было госпитализировано 3484 человек, при этом в 2014-2015 г.г. отмечалось значительное снижение годовых показателей. В 2017 г. годичный показатель составил 945 чел. и превысил показатель 2013 г. (863 чел.).

Амбулаторно-поликлиническую помощь за этот период получили 18299 чел. Причем первичные пациенты составили 65,7%, в сравнении с 2013 г – 54,9%. Средняя нагрузка на врача в час была 3,9 чел. при нормативной 3,3 чел., и не отличалась от показателя 2013 г.

Основные группы заболеваний, с которыми госпитализировались больные, – это злокачественные новообразования лимфатической системы и кроветворных органов (в среднем за этот период – 79,8%, а в 2013 г. – 82,3%), анемии (средний показатель 13,9%, а в 2013 г. – 10%) и нарушения свертываемости (средний показатель – 4%, в 2013 г. – 5%). Обращает на себя внимание показатель абсолютного числа вновь выявленных гематологических заболеваний. В 2013 году он составлял 148 случаев/год, в 2014 г. он был самым низким – 89 случаев, но прогрессивно рос и достиг в 2017 г. 141 случай/год, что практически не отличается от года-сравнения. Летальность по отделению в 2013 г. была 1,6%, в 2014 г. и 2015 г. она составляла 2,0% и 2,7% соответственно, а в 2016 г. и в 2017 г. отмечается значительное, стабильное снижение до 1,1%.

Основными заболеваниями из группы гемобластозов, в пересчете на количество госпитализаций больных, которым оказывается специализированная помощь в гематологическом отделении, является множественная миелома 26,1%, острые миело- и лимфолейкозы 13,2%, хронические лимфо- и миелолейкозы 39%. Для диагностики заболеваний как в амбулаторных, так и в стационарных условиях проводится определение и оценка гемограммы, стерильная пункция с подсчетом миелограммы, цитохимические исследования

бластных клеток при острых лейкозах; комплексное биохимическое обследование, УЗИ внутренних органов, эндоскопические исследования, рентгенологические, в т.ч. с использованием спиральной компьютерной томографии, и МРТ. Ряду пациентов были проведены исследования препаратов крови, костного мозга методами иммунофенотипирования и генотипирования в клинике Ростовского государственного медицинского университета, что позволило уточнить диагноз и провести соответствующие им курсы химиотерапии.

В отделении в анализируемый период проводилось внедрение в программы полихимиотерапии новых препаратов. Так, в лечении множественной миеломы в 2013 г. был внедрен препарат талидомид (I поколение), в 2016-2017 г.г. – леналиномид (II поколение), а в 2018 г. – помалидомид (III поколение) для пациентов, резистентных к первой и второй линиям полихимиотерапии. Широко внедряются в лечение хронических миелолейкозов ингибиторы тирозинкиназ – иматиниб, нилотиниб и дазатиниб, хронических лимфолейкозов – ингибитора моноклональных антител CD20 ритуксимаба и алкилирующего препарата бендамустина, острых лейкозов – схемы высокодозовой полихимиотерапии.

Особое место в оказании помощи гематологическим больным занимает составление реестра больных по отдельным нозологическим группам, что позволяет не только обеспечивать надлежащее лечение и диспансеризацию больных, но и планировать необходимое количество лекарственных препаратов для их лечения. Такая работа проводилась и в 2013 г., и продолжается в настоящее время.

Подводя итог проведенному анализу, следует отметить, что гематологическая помощь населению ЛНР, несмотря на все социально-экономические трудности анализируемого периода, оказывается на должном уровне. В 2016-2017 г.г. по большинству показателей достигла уровня 2013 года, имеется тенденция в улучшении качества схем полихимиотерапии. Перспективным направлением является обеспечение возможности проведения расширенной иммуноцитохимии и фенотипирования, иммуногистохимии и иммунохимии белков сыворотки крови и мочи, что позволит осуществлять диагностику острых моноцитарных лейкозов и проведения дифференциальной диагностики между хроническим лимфолейкозом и лимфомой, дифференцировать лимфомы от лимфаденитов, и проведение диагностики экстрамедулярных форм множественной миеломы.

«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов. - Луганск, 2018. - Выпуск 5 (149). - 166 с.

П $\frac{21 - 48}{03}$ Без объявления

Адрес редакции: Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кв. 50 Лет Оборона 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, доцент Ю.В. Сидоренко

Контактный телефон: 050-233-07-39

Электронный адрес: siderman@ukr.net

Подписано к печати 11.01.2018.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Book Antiqua.

Печать *RISO*. Условн. печатн. листов 18.

Тираж 100 экз. Заказ 76.

Цена договорная.