

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 6 (144)

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

Луганск
2017

УДК 575.8:573.2:612.112.95

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

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

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

ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

Свидетельство о государственной регистрации КВ №10276 от 12.08.2005 г.

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

UDC 575.8:573.2:612.112.95

**PROBLEMS OF ECOLOGICAL AND MEDICAL
GENETICS AND CLINICAL IMMUNOLOGY
Volume 144, № 6**

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

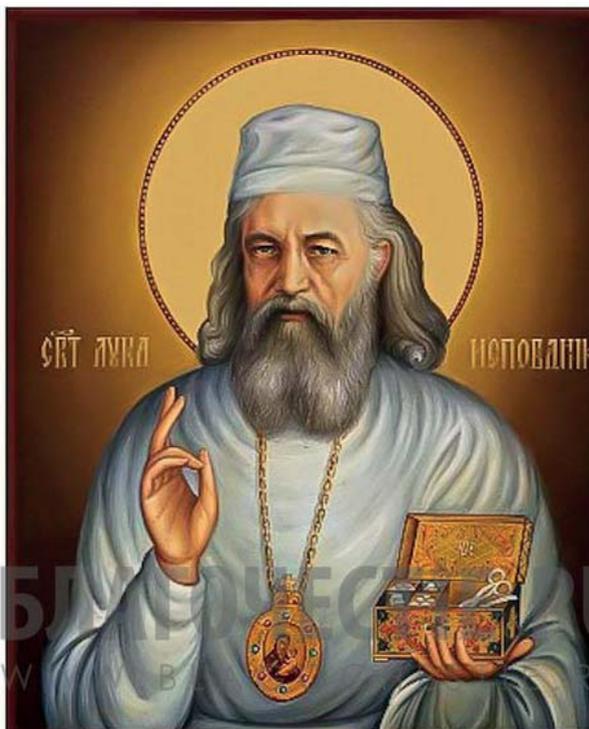
The collection of scientific articles was recommended for print by Academic Council of SAINT LUKA LSMU (proceeding № 11 from 07.12.2017).

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

ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

© SAINT LUKA LSMU, 2017



Редакционная коллегия

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

Editorial Board

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



Дорогие коллеги!

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

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

Ректор профессор Симрок В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ -
ВЫСШЕЕ БЛАГО ОБЩЕСТВА

| | |
|---|----|
| <i>Давидчук А.В., Грабарь И.В., Грабарь А.О.</i> Влияние образа жизни подростков на уровень физической адаптации организма..... | 10 |
| <i>Ершова И.Б., Рециков В.А.</i> Распространенность посттравматического стрессового расстройства среди детей дошкольного возраста..... | 12 |
| <i>Иванова Л.Н., Луговсков Е.А.</i> Эффективность применения растительного препарата иммуногран в медицинской реабилитации больных с хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством..... | 14 |
| <i>Налетова О.С.</i> Корреляционная связь уровней депрессии и артериального давления у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса..... | 17 |
| <i>Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Дорда М.В., Роечко Г.Н.</i> Туберкулез у детей первого года жизни..... | 19 |

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ.

ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

| | |
|--|----|
| <i>Бургело Е.В., Телешова О.В.</i> Морфологические особенности строения лейомиом матки при беременности..... | 38 |
| <i>Вакуленко И.П., Соловьева Е.М., Хацко В.В., Фоминов В.М., Пархоменко А.В.</i> Компьютерно-томографические характеристики очаговых образований печени..... | 39 |
| <i>Гаврилов И.И., Круть А.С., Панкратьев А.А., Шевченко В.И.</i> Особенности методики биллокального остеосинтеза по илизарову при замещении дефектов большеберцовой кости..... | 41 |
| <i>Гаврилов В.А., Сивоконь В.А., Бондаренко А.Ю., Куценко А.Д., Войнова В.Ю., Пацало В.Е.</i> «АЛЛОДОНТ-Л», «КСЕНОДОНТ-Л», «АЛЛОДОНТ-ЛК» - новые костнопластические материалы отечественного производства..... | 44 |
| <i>Гаргат Е.А., Квачева М.Ю., Филатов Д.А., Стадник А.Д., Роечко Г.Н.</i> Мультимодальная анальгезия: современный взгляд на обезболивание в торакальной хирургии..... | 47 |
| <i>Городник Г.А., Андропова И.А., Андропова М.А., Городник К.Г., Городник Е.Г.</i> Коррекция глутаматной эксайтотоксичности у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой..... | 49 |
| <i>Гринцов А.Г., Пилюгин Г.Г., Матийцив А.Б., Грицов Г.А.</i> К вопросу о повышении эффективности лечения больных с перфорацией опухоли толстой кишки..... | 50 |
| <i>Деменков В.Р.</i> Огнестрельные ранения лор-органов лица и шеи в условиях современного военного конфликта..... | 51 |
| <i>Дичанская И.В., Климова Д.А., Благодаренко А.Б., Реброва О.А.</i> Опыт применения препарата неуластим у больных множественной миеломой с глубокой лейкопенией..... | 56 |

| | |
|---|----|
| <i>Долгополов В.В., Кузьмачук Д.О., Скибин Н.В. Опыт лечения флегмоны Фурнье у больных сахарным диабетом.....</i> | 58 |
| <i>Каиценко С.А., Семенчук С.Н., Захаров А.А., Цымбалюк А.В. Морфоструктура надпочечников белых крыс при метотрексат-индуцированной иммуносупрессии.....</i> | 60 |
| <i>Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Колкина В.Я., Филахтов Д.П. Неотложная хирургия диафрагмы.....</i> | 63 |
| <i>Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Колкина В.Я., Филахтов Д.П. Посттравматические закрытые повреждения печени в сочетании с контузией или разрывом диафрагмы.....</i> | 64 |
| <i>Колкин Я.Г., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Нестеров Н.А., Войтюк В.Н., Филахтов Д.П. Тяжелая травма живота с повреждением поджелудочной железы и диафрагмы.....</i> | 66 |
| <i>Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Зубов А.Д., Греджев Ф.А., Губанов Д.М. Малоинвазивные хирургические вмешательства при нагноившихся псевдокистах поджелудочной железы.....</i> | 68 |
| <i>Маслов Я.Я. Морфологические критерии диагностики состоятельности энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита.....</i> | 69 |
| <i>Передерий Е.А., Токовая И.А. Исследование антимикробной активности экстракта шалфея лекарственного с целью создания на его основе различных лекарственных форм противомикробного действия.....</i> | 74 |
| <i>Победенный А.Л. Значение иммуностропных препаратов в лечении черепно-мозговой травмы.....</i> | 76 |
| <i>Пустовой А.Ю. Состояние системы циклических нуклеотидов сыворотки крови у лиц с легкой черепно-мозговой травмой.....</i> | 77 |
| <i>Радионов В.Г., Радионов Д.В. Особенности клинических проявлений злокачественных опухолей кожи.....</i> | 79 |
| <i>Радионов В.Г., Радионов Д.В., Пищиков А.К., Пищикова О.В. Клиническая эффективность комплексной терапии злокачественных опухолей кожи.....</i> | 80 |
| <i>Рокотьянская В.В., Вольман О.В., Соколова Н.А., Полтавская Н.В. Развитие рака легких на фоне профессиональной патологии органов дыхания.....</i> | 81 |
| <i>Рокотьянская В.В., Вольман О.В., Полтавская Н.В. Клинический случай развития туберкулеза и рака легкого на фоне силикоза.....</i> | 84 |
| <i>Сидоренко М.П., Евтушенко А.Б., Чепелев В.М., Евтушенко К.А., Савинков С.С. Использование межпозвонковых кейджей в хирургическом лечении заболеваний и повреждений позвоночника.....</i> | 86 |
| <i>Сиротченко Т.А., Сульженко М.Ю., Плугатаренко Н.А., Белецкая Л.М. Особенности течения гемобластозов у детей Луганской Народной Республики в условиях локального военного конфликта.....</i> | 88 |
| <i>Сухопноева Н.И., Дичанская И.В., Кузан Л.Г., Климова Д.А. Лечение больных множественной миеломой препаратом «Велкейд».....</i> | 90 |
| <i>Торба А.В., Долгополов В.В., Сумишевский Э.В., Клевака И.Г., Кузнецова Г.В. Опыт организации эвакуации раненых в вооруженном конфликте на Донбассе.....</i> | 92 |
| <i>Торба А.В., Коваленко А.В., Болдырева В.А., Коваленко А.Ю. Эндоскопическое лечение постлучевых геморрагических ректитов.....</i> | 95 |

| | |
|---|-----|
| Филатов Д. А., Гаргат Е. А., Роенко Г. Н., Насиковская Л. Н., Блащук-Цвелева В. Е. Малотравматичные методы коррекции объёма плевральной полости в резекционной и нерезекционной хирургии туберкулёза лёгких.... | 97 |
| Швец А. И., Гаврилов И. И., Панкратьев А. А. Хирургическая декомпрессия при лечении травматического поясничного спинального стеноза в остром периоде..... | 99 |
| Щербинин А.А., Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Фоменко С.А. Сочетанные повреждения органов мочевыделительной системы у детей..... | 103 |
| ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ | |
| Бибик Е.Ю., Золотаревская М.В., Шишлова Н.В., Шпулина О.А., Чурилин О.А. Морфологические показатели белой пульпы селезенки крыс при алиментарном ожирении, вызванном избыточным потреблением пальмового масла... | 106 |
| Гаврилов В.А., Мельник В.А., Дроздов В.М., Куценко А.Д., Войнова В.Ю. Стоματοлогический статус осужденных на пожизненное лишение свободы..... | 108 |
| Гуляева Е.Р. Оптимизация лечения больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с дисбиозом кишечника..... | 110 |
| Демьяненко Е.В., Орленко В.В., Михайлец М.А., Мовенко А.В. Анализ осведомленности студентов ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» о проблеме ВИЧ и СПИДа..... | 112 |
| Джоджуа Р.А. Морфогенез генетически индуцированной гипертонической болезни у больных молодого возраста..... | 113 |
| Дубовая Г.А. Изучение возможности влияния медитативной техники релаксации на психологическое состояние студентов в медицинском вузе..... | 115 |
| Захаров А.А., Кащенко С.А., Семенчук С.Н. Влияние циклофосфамида на органомерические параметры придатков семенников экспериментальных животных..... | 116 |
| Зубов А.Д., Бережная А.А., Антонова Л.Н. Возможности ультразвуковой визуализации в оценке спинномозговых нервов у больных с шейной радикулопатией.. | 119 |
| Зубов А.Д., Беседин Е.С. Роль доплеровского картирования в оптимизации ультразвуковой навигации чрезкожной холангиостомии..... | 122 |
| Зубов А.Д., Черняева Ю.В., Сенченко О.В. Особенности обучения врачей-курсантов основам интервенционного ультразвука..... | 126 |
| Иванова Л.Н., Холина Е.А., Липатникова А.С., Пилиева Е.В., Сысойкина Т.В., Пахомов Н.А. «Маска» лайм-боррелиоза..... | 128 |
| Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Луговсков Е.А. Медицинская реабилитация больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством..... | 130 |
| Колчина Е.Ю. Физическая культура как метод оздоровления и отдыха..... | 131 |
| Кузовлева И.А., Соцкая Я.А. Анализ состояния энергетического гомеостаза у больных острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне хронической обструктивной болезни легких..... | 133 |
| Ладыши И.А., Баев О.А., Щепкин А.А. Экологические аспекты здоровья населения..... | 135 |
| Луговсков А.Д., Дюбанов С.М., Вытрицкая И.Л., Козикова О.А. Актуальные вопросы реабилитации инвалидов..... | 138 |
| Мухин И.В., Гавриляк В.Г., Чеботарева Е.Н. Метаболические нарушения и их коррекция при коморбидной патологии | 142 |

| | |
|---|-----|
| Мякоткина Г.В., Юристовская В.В. Показатели перекисного окисления липидов у больных стеатогепатитом на фоне хронической обструктивной болезни легких пылевой этиологии с вегето-сенсорной полинейропатией... | 145 |
| Паниева Н.Ю. Динамика гомоцистеина у гипертензивных больных гипотиреозом на фоне длительного лечения..... | 146 |
| Победенная Г.П., Вагина Ю.И. Предикторы микроциркуляторных расстройств при пневмонии, ассоциированной с ожирением..... | 148 |
| Победенная Г.П., Ярцева С.В., Куликова Р.С. Состояние агрегационной способности тромбоцитов у больных бронхиальной астмой, сочетанной с ишемической болезнью сердца..... | 148 |
| Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Коробка Ю.Н., Сидорова Н.С. Проблема диагностики вирусного гепатита С у пациентов с тройной коинфекцией: ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С, туберкулез..... | 149 |
| Реицкий Г.А., Кислая Т.Н. страховая медицина в реформировании здравоохранения Луганской Народной Республики..... | 152 |
| Саламех К.А., Соцкая Я.А. Влияние циклоферона на фагоцитарную активность моноцитов у больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с острым тонзиллитом..... | 155 |
| Скиба Т.А., Сиротин В.И., Штыка Е.С. Динамика показателей клеточного иммунитета при хронической обструктивной болезни легких в ассоциации с остеоартрозом на фоне лечения..... | 156 |
| Соцкая Я.А., Гриднева Е.В., Набокина В.В. Клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в настоящее время..... | 157 |
| Соцкая Я.А., Хомустьянская Н.И., Кузовлева И.А., Матаева Н.В., Шаповалова В.К. Клинико-эпидемиологические особенности энтеровирусной инфекции на территории ЛНР в эпидемический сезон 2017 г..... | 161 |
| Ступакова К.А. Эхокардиографические признаки поражения сердца у больных генетически индуцированным метаболическим синдромом..... | 162 |
| Тильченко Д.А., Бибик Е.Ю. Алиментарное ожирение как предвестник сахарного диабета..... | 164 |
| Федченко С.Н. Морфофункциональные изменения желудка крыс в условиях смоделированной патологии химической этиологии..... | 165 |
| Хабарова А.В., Соцкая Я.А. Динамика показателей энергетического метаболизма у больных неалкогольным стеатогепатитом, перенесших инфекционный мононуклеоз..... | 166 |
| Хомустьянская Н.И., Гриднева Е.В., Соцкая Я.А., В.В. Набокина В.В. Оптимизация диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции на территории Луганской Народной Республики..... | 168 |
| Шаповалова И.А. Динамика показателей липопероксидации и системы антиоксидантной защиты у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения... | 172 |
| Шутов М.М., Ладыш И.А. Ценность труда и здоровья в развитии человека. | 173 |
| Якимович С.Е., Соцкая Я.А. Эффективность комбинации современных препаратов ремакса и гепатосана в лечении больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита..... | 175 |
| Ярцева С.В., Победенная Г.П., Куликова Р.С., Блудова Н.Г., Резникова О.С. Особенности психо-эмоционального статуса пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением..... | 177 |

**ЗДОРОВЬЕ
ЛЮДЕЙ -
ВЫСШЕЕ БЛАГО
ОБЩЕСТВА**

**ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ НА УРОВЕНЬ
ФИЗИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА**

А.В. Давидчук, И.В. Грабарь, А.О. Грабарь
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Введение

В последние годы наблюдается огромный интерес к проблеме индивидуального здоровья человека, что подтверждается большим количеством исследований ведущих ученых России и мира [3].

Особую обеспокоенность вызывает здоровье наших детей, ибо здоровье нации и прогрессивная динамика всего общества связаны со здоровьем нового человека XXI века. Данные физического состояния детей свидетельствуют, что здоровье нашего подрастающего поколения далеко не соответствует ни потребностям, ни потенциальным возможностям современного общества. Необходима сконцентрированность на детском периоде жизни, т.к. именно этот период определяет развитие потенциальных возможностей взрослого человека. Состояние здоровья школьников – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее [3,4,7].

Современное понимание здоровья формируется с позиций естественнонаучных и гуманитарных подходов к данной проблеме, что предполагает исследование целого ряда параметров благополучного развития личности: физического состояния, смысло-жизненных ориентаций, духовных и нравственных посылок. Доказано, что здоровье человека зависит на 50% от образа жизни, на 20% зависит от наследственных факторов, 20% - от состояния окружающей среды и только на 10% - от развития медицины [3,5].

Наиболее частыми минусами в образе жизни являются недостаток физических нагрузок и общения с природой, размышлений над «вечными» вопросами и творческой деятельности. Процесс обучения здоровому образу жизни неразрывно связан с двигательной активностью, как мощным и стимулирующим фактором интеллектуального и эмоционального развития ребенка. Именно на основе интереса детей к физкультурной деятельности следует

формировать умения и навыки обеспечения здоровой жизнедеятельности, мотивацию на здоровье.

В основу концепции валеологического обеспечения физической деятельности детей положена идея создания условий для реализации доминирующих базовых потребностей, природно присутствующих человеку. Ведущей в системе этих потребностей выступает потребность в двигательной активности, физическом самосовершенствовании. Она проявляется в единстве с потребностью получения удовольствия, наслаждения от участия в двигательной деятельности; потребностью сопереживания в процессе взаимодействия и общения; потребностью в самоутверждении [9].

Недостаточная двигательная активность, низкий объем знаний, умений и навыков в области двигательной активности, а также низкий уровень информированности по формированию здорового образа жизни подростков повлияли на то, что среди школьников участились такие патологии, как - нарушение остроты зрения, патология опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки и искривление позвоночника), заболевания сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы, аллергические проявления. Особое место занимают заболевания нервной системы и психической сферы [2,3,5,8].

Цель исследования: Исследовать образ жизни и его влияние на уровень физической адаптацию учащихся 6-8-х классов средних школ города Луганска. Разработать рекомендации по теме исследования.

Задачи исследования:

- 1) Проведение анкетирования среди школьников, с целью выяснения их отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни.
- 2) Определение уровня адаптационных резервов ССС у исследуемых учеников.
- 3) Разработка рекомендаций по формированию здорового образа жизни школьников.

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленной целью были интервьюированы 165 учащихся 6-8-х классов. Из них 78 мальчиков и 87 девочек в возрасте от 12 до 14 лет.

Школьникам было предложено:

- 1) Заполнить разработанную нами анкету для выявления режима дня, времени занятий физкультурой и спортом, наличия вредных привычек, отношения к своему здоровью.

2) Заполнить опросник Вейна, для выявления признаков вегетативных нарушений [1].

3) Для изучения уровня адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы исследуемых подростков определялся индекс Руфье [6].

В соответствии с целями и задачами исследования основными методами при его планировании и проведении избраны клинический и клинико-anamnestический на основе беседы с учащимися и их родителями. Исследование проводилось на основе конфиденциальности, анонимности, информированного согласия.

Полученные результаты и их обсуждение

Анкетирование показало, что режим дня соблюдали только 97 исследуемых школьников (59%), из них, мальчиков – 22%. 32 девочки (37%) занимались физкультурой, подвижными играми и спортом. Большинство школьников (65%) ответили, что проводили за компьютером и просмотром телевизора около 2 и более часов в день.

Таким образом, в результате проведенного анкетирования по привычному образу жизни, школьники были разделены на 3 группы.

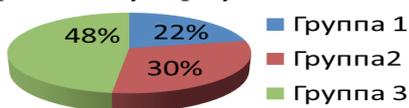


Рис.1. Распределение детей по группам.

В 1 группу попали дети, которые соблюдали режим дня, занимались физкультурой, посещали дополнительно спортивные секции, проводили за компьютером менее 2 часов в день, не имели вредных привычек. Это 36 исследуемых (22%): 25 мальчиков и 11 девочек. Во 2 группу мы отнесли детей, которые занимались физкультурой, имели регулярные прогулки на свежем воздухе, но не соблюдали режим дня, проводили 2 часа и более в день за компьютером (телевизором), не посещали спортивные секции - это 30% от всех исследуемых: 15 мальчиков и 35 девочек. В 3 группу вошли 79 (48%) школьников, которые не соблюдали режим дня, не занимались физкультурой по медицинским показаниям, проводили более 2 часов в день за компьютером. Из них - 39 мальчиков и 40 девочек. В эту группу также мы отнесли тех подростков, кто имел вредные привычки и признаки девиантного поведения. Такое разделение на группы помогло определить частоту проявлений вегетативной дисфункции у школьников, относительно их образа жизни.

Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений «Вопросник для выявления признаков вегетативных изме-

нений» [Вейн А.М. и др.] представляет собой ряд вегетативных симптомов, оцененных по своему удельному весу. Каждому симптому соответствует определенное количество баллов от 1 до 10 в случае положительного ответа. Полученная сумма баллов не должна превышать 15 у здоровых лиц, в случае превышения можно говорить о наличии синдрома вегетативной дисфункции (СВД). Примечательность этого метода состоит в том, что этот метод позволяет выявить наличие СВД не только у больных, но и у лиц, не предъявляющих активных жалоб. Последнее может служить фактором риска и должно учитываться при профилактическом осмотре.

В результате исследования было выявлено, что из 165 обследованных школьников у 122 (74 %) имелись признаки вегетативной дисфункции. Из них: мальчики составляли 35%, девочки – 65 %. В 1 группе признаки вегетативных нарушений выявлены у 11 (30,6%) детей: у 5 мальчиков и 6 девочек. Во 2 группе 35 (70%) детей отметили в анкетах наличие неблагоприятной симптоматики. В 3 группе регистрировались наихудшие показатели – 92,4% - 74 ученика (37 мальчиков и 37 девочек) имели признаки вегетативной дисфункции.



Рис. 2. Наличие признаков вегетативной дисфункции (ВД).

Состояние функциональных ресурсов организма школьников, его адаптация к физическим нагрузкам оценивались по индексу Руфье. Проба Руфье представляет собой эффективный и высоко чувствительный метод по определению оценки работоспособности сердца при физической нагрузке, общей функциональной подготовленности организма и его текущей готовности к выполнению физической нагрузки. Проводилась она по следующей схеме. После пятиминутного спокойного состояния в положении сидя считался пульс за пятнадцать секунд (p_1), затем на протяжении сорока пяти секунд выполнялось тридцать приседаний. Сразу после приседаний подсчитывался пульс

за первые пятнадцать секунд (p2), а также последние пятнадцать секунд (p3) первой минуты периода отдыха. Результаты оценивались по индексу, который определялся по формуле:

Индекс = $(4 \times (p1 + p2 + p3) - 200) / 10$ (Если Индекс Руфье был равен: 0 = «атлетическое сердце», 0 - 5 = «отлично», 5,1 - 10 = «хорошо», 10,1 - 15 = «удовлетворительно», 15,1 - 20 = «плохо»).

Таблица 1

Результаты пробы Руфье

| | 1 группа | 2 группа | 3 группа |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| «атлетическое сердце» | - | - | - |
| «отлично» | 29% | 5% | - |
| «хорошо» | 57% | 25% | 6% |
| «удовлетворительно» | 14% | 55% | 68% |
| «плохо» | - | 15% | 26% |

В исследуемой группе школьников показатель «атлетического сердца» не был зарегистрирован (табл.1). У детей в 1 группе преобладали показатели «отлично» и «хорошо», индекс Руфье от 15,1 до 20 - отсутствует. Для школьников 2 группы актуальными явились показатели «хорошо» и «удовлетворительно». А у 79 человек, которые составили 3 группу, доминирующими оказались показатели «удовлетворительно» (68%) и «плохо» (26%).

Выводы

1. Сравнивая результаты анкетирования школьников и их тестирования по Вейну, наблюдалась определенная закономерность - у 1 группы подростков 12-14 лет, регулярно занимающихся физкультурой и спортом, соблюдающих режим дня, не имеющих вредных привычек, признаки вегетативной дисфункции регистрировались у 30,6%, в отличие от их сверстников, не ведущих здоровый образ жизни - 92,4%.

2. Малоподвижное положение за партой или рабочим столом отражается на функционировании многих систем организма школьника, особенно сердечно-сосудистой. По данным исследования, проведенного методом «индекс Руфье», выявлено, что высокий показатель «хорошо» (57%) и «отлично» (29%) в результатах тестирования присущ учащимся из 1 группы и свидетельствуют о хорошем, твердом уровне адаптации к физической нагрузке. Необходимо отметить, что среди результатов тестирования учащихся 3 группы большая часть (68%) протестированных детей имела лишь удовлетворительный результат. Это говорит о том, что эти

дети с большим трудом адаптируются к вводу новых физических нагрузок. Дети, занимающиеся двигательной активностью, соблюдающие режим дня наиболее подготовлены к принятию новых, более тяжелых физических нагрузок.

3. Физической подготовленностью можно управлять, то есть способствовать повышению выносливости своего организма через занятия спортом, физической культурой, закаливанием, соблюдением режима дня, правильным питанием.

Полученные в ходе исследования данные позволили нам сформулировать некоторые практические рекомендации:

1. Необходимо вести активную пропаганду здорового образа жизни среди детей. Не всегда сам подросток может обеспечить соответствующий способ жизнедеятельности. В этом смысле подросток пассивен. Многое зависит от родителей, организаторов образования, педагогов. Рекомендуется применять следующие средства и методы: беседа, рассуждения, дискуссия, убеждения, тренинг и лекция. Организовывать специальные занятия с целью формирования знаний учащихся о здоровом образе жизни.

2. Планировать спортивно-оздоровительные мероприятия в течение года с активным привлечением родителей (спортивные кружки, секции, бассейн).

3. Так как сниженная двигательная активность может выступать как самостоятельной причиной болезни, фактором поддерживающим болезненные состояния, так и следствием отклонений в состоянии здоровья, то очень важной частью работы врача-педиатра и учителя физкультуры становится правильное распределение детей по медицинским группам для занятий физкультурой.

4. Необходимо помнить, что формирование понятия здоровья и здорового образа жизни, а также навыки по сохранению и укреплению своего здоровья зависят не только от усвоения теоретических знаний, но и от примера, который дети наблюдают в своей семье, в кругу сверстников, в школе и на улице.

Литература

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев [и др.]. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.

2. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / [под ред. А.М. Вейна]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.

3. Дубровский В.И. Валеология здорового образа жизни. - М.: Флинта; Retorika., 2004. - С.1 - 35.

4. Заваденко Н.Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский // Педиатрия. – 2012. – Т. 2. – № 91. – С. 92–101.

5. Ильина Л.П. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб.-метод. Комплекс/ Л.П. Ильина // Педагог. ин-т ЯГУ. – Якутск: Изд-во ИРО МО РС(Я), 1999. – 40 с.

6. Новиков Е.В. Проба Руфье у школьников: первые результаты / Е.В. Новиков, Я.И. Ткалич // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2010. – Випуск ХХІІІ. – № 4. – С. 94–95.

7. Петрова Т.Э. Здоровьереоссийской молодежи: комплексный подход / Т.Э. Петрова, А.Ю.Караваешкин // Социально-гуманитарные знания. 2007. - №5. – С. 254.

8. Рапопорт И.К. Заболеваемость школьников и проблемы создания профилактической среды в общеобразовательных организациях / И.К. Рапопорт, С.Б. Соколова, В.В.Чубаровский // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2014. - № 3. – С. 10-16.

9. Решетнёва Г.А. Социальная адаптация детей дошкольного возраста в процессе формирования здорового образа жизни / Г.А. Решетнёва, О.С. Шнейдер, А.С. Дорошенко // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2001.- №2. – С. 51-53.

Резюме

Давидчук А.В., Грабарь И.В., Грабарь А.О. Влияние образа жизни подростков на уровень физической адаптации организма.

Используя клинические и клинико-anamnestические методы нами было обследовано 165 подростков 12-14 лет, учащихся 6-8 классов. Большинство подростков не соблюдали режим дня, большую часть времени проводили за компьютером, имели слабую двигательную нагрузку. В результате у этой группы подростков наблюдались признаки вегетативной дисфункции и низкие показатели адаптации к физическим нагрузкам. Успех борьбы за здоровый образ жизни зависит от реальных действий со стороны государственных и общественных организаций.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, подростки, вегетативная дисфункция, адаптация.

Summary

Davidchuk A.V., Grabar I.V., Grabar A.O. The influence of lifestyle on adolescents level of physical adaptation.

Using the clinical and clinical-anamnesic methods we examined 165 adolescents 12-14 years, students in grades 6-8. Most adolescents did not follow the mode of the day, most of the timethey spent at the computer, and had a weak motor load. As a result, this group of adolescents showed signs of autonomic dysfunction, and low levels of adaptation to physical loads. The success of the struggle for a healthy way of living depends on real action from the government and public organizations.

Key words: healthy lifestyle, teenagers, autonomic dysfunction, adaptation.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

И. Б. Ершова, В. А. Решиков

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Введение

Реалиями жизни людей нашей планеты стали кризисные ситуации, связанные со стихийными бедствиями, техногенными катастрофами, межнациональными конфликтами, терактами, боевыми действиями и другими экстремальными происшествиями. С 2014 года на территории Донбасса ведутся локальные боевые действия. Часть населения в течение длительного времени подвергалась психологической травме. Наименее подготовленными к таким стрессовым воздействиям оказываются дети, стрессовые реакции у которых протекают более длительно или отсроченно [1]. Характерно, что клиническая симптоматика посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), как правило, проявляется спустя определенный латентный период после травмирующего события (от 3 до 18 недель) и сохраняется достаточно длительное время (месяцы, годы, а нередко и десятилетия). Считается, что ребенок до 6 лет просто забывает, что с ним произошло, так как он открыто это не обсуждает ни с кем [2]. Ввиду еще несформировавшейся личности и механизмов защиты, дети и подростки являются наиболее уязвимой к психологическому стрессу категорией населения. Вместе с тем, теоретических работ по комплексному изучению ПТСР у детей немного [3]. В России, Украинеи многих других странах знание о ПТСР находится на довольно низком уровне из-за простого нежелания об этом знать. В отечественной и зарубежной литературе представлены исследования травмирующего воздействия на психику ребенка и не акцентируется внимание на отклонениях в физическом и соматическом здоровье детей проживающих в зоне локальных боевых действий.

Цель работы. Изучение распространенности ПТСР среди детей дошкольного возраста, проживающих в г. Луганске.

Материалы и методы исследования

Обследовано 328детей в возрасте от 3 до 6 лет, что составило 2 % от детского населения этой возрастной группы. Использовались: разрабо-

танная нами анкета для родителей и персонала детских дошкольных учреждений, результаты анализа амбулаторных карт (112/у-04) и медицинских выписок (027/у), индекс шкалы уровня ПТСР (CAPS) и структурированное клиническое диагностическое интервью (SCID).

Полученные результаты и их обсуждение

В анамнезе нами установлены следующие события в жизни детей-дошкольного возраста, находящихся в зоне локальных боевых действий, которые могли быть причиной развития стрессовых расстройств: временная разлука с родителями – 118 детей (36,0%), их потеря – 5 детей (1,5%), свидетельство психологических травмирующих событий, связанных с нанесением вреда здоровью – 72 ребенка (22,0 %), устойчивые стрессовые ситуации в семье – 125 детей (38,1 %), невзгоды и лишения – 279 детей (85,1 %), обстрелы, сирены, убежища – 382 ребенка (100 %). Согласно анкетным данным установлено, что на большинство (217 детей – 66,2 %) детей воздействовало сразу несколько факторов – от 3 до 6.

Спектр посттравматических симптомов у обследованных детей включал в себя изменения на физиологическом, эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Симптомокомплекс нарушений, развившийся после психологической травмы, был выявлен у 291 ребенка (88,7%). Обследования начались проводиться по истечении 6 месяцев от начала боевых действий, поэтому острая стадия ПТСР нами не выставлялась. Хроническая стадия ПТСР диагностирована у 75 детей (25,8%). Для детей этой группы характерны элементы регрессивного поведения (энурез, сосание пальцев, и т.д.). 56 детей (74,6%) предъявляли жалобы на периодические головные боли, боли со стороны сердца, желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата. При этом физических причин болевого синдрома не было выявлено. Различные нарушения сна, частые пробуждения во время сна, вследствие кошмарных снов, встречались периодически у 1/3 обследованных детей. Дрожания и подергивания, частое мочеиспускание и расстройство стула возникали при физической и психоэмоциональной нагрузке у 63 детей (84%).

Отсроченная стадия ПТСР (устойчивое проявление симптомов более 6 месяцев) присуща около 74 % обследованных детей (216 дошкольник). На первое место у них выступали: чувство повышенной усталости, дневная сонливость наряду с расстройством ночного сна, повышенная обидчивость. У 2/3 детей этой группы отмечалась дрожь в руках и ногах, тики, подергивания. Боли различной интенсивности и локализации, не получающие объективного под-

тверждения, регистрировались у всех детей. Головные боли у 192 детей (89%) носили постоянный характер. Длительное воздействие стрессогенных факторов на организм дошкольников прежде всего реализовалось нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы у большинства детей этой группы. Страдали и другие ведущие системы организма (эндокринная, пищеварительная, бронхолегочная). Дети частично утратили навыки опрятности. Нарушения формулы сна отмечались у половины детей с отсроченной стадией ПТСР. Диспепсические расстройства (рвота, понос, усиление перистальтики кишечника и др.) были ведущими в клинике ПТСР у 166 детей (76,9%) и возникали не только при отрицательных нагрузках.

У 15 детей (0,07%) с ПТСР развился комплекс симптомов, свидетельствующих об истощении центральной нервной системы (церебрастенический синдром) вследствие постоянного нервного перенапряжения. Детям дошкольного возраста, пережившим психологическую травму, в силу возрастных особенностей достаточно трудно понять, что произошло с ними. Низкая социальная, физиологическая и психологическая зрелость затрудняют адекватную оценку проводимых тестов и своевременную диагностику возникших функциональных отклонений. Травмированные дети выражают свои, связанные с пережитым, чувства через поведение. Так, у обследованных нами детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет) зачастую отмечается стремление к однообразным играм с использованием предметов, имеющих отношение к психотравме.

Изменения на когнитивном уровне у детей обеих групп проявлялись ухудшением концентрации внимания (136 детей – 41,5%) и снижением сосредоточенности (98 детей – 29,9%). Забывчивость, присущая детям этого возраста, носила тревожный характер для родителей и воспитателей детских дошкольных учреждений.

По литературным данным женщины страдают ПТСР намного чаще, чем мужчины (10,2 и 5 % соответственно), но среди детей дошкольного возраста этой разницы мы не выявили.

Клиническая симптоматика обеих стадий ПТСР у детей дошкольного возраста широко варьирует, что требует от педиатра знаний физиологических особенностей организма данного возраста для проведения дифференциальной диагностики.

Известно, что посттравматический стресс, являющийся физиологической реакцией на сверхсильную травму, переходит в патологическое состояние ПТСР далеко не всегда. Выше перечисленное

позволяет сделать заключение о важности своевременном начале реабилитационных мероприятий. При этом долговременная реабилитация должна включать как физические методы профилактики и восстановления, так и при необходимости фармакотерапию.

Выводы

1. Дети дошкольного возраста достаточно остро переживают психотравмирующие ситуации. ПТСР у них возникает как затяжная реакция на стрессовую ситуацию и протекают более длительно.

2. Реабилитация ПТСР должна стать приоритетной в педиатрии, так как хроническое влияние травмы имеет большое значение для здоровья нации.

Литература

1. Глушко Ю. В. Заболеваемость и вегетативный статус детей младшего школьного возраста с посттравматическим стрессовым расстройством / Ю.В. Глушко, И.А. Конейка, М.Ф. Семенова // XVIII съезд педиатров «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 17-19 февраля 2017 г. – С. 72.

2. Калмыкова Е.С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С.

3. Юдин Л. Ю. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей, находящихся в пункте временного размещения беженцев / Л. Ю. Юдин // Молодой ученый. – 2015. – №13. – С. 323-329.

4. Гринберг Дж.С. Управление стрессом / Дж.С. Гринберг. – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.

Резюме

Ershova I.B., Reshikov V.A. Распространенность посттравматического стрессового расстройства среди детей дошкольного возраста.

В работе представлены данные распространенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди детей дошкольного возраста, находившихся в зоне локальных боевых действий. Проводились методы анкетирования, анализ медицинской документации, психосоматическое тестирование 328 детей в возрасте от 3 до 6 лет. У детей дошкольного возраста ПТСР возникает как затяжная реакция на стрессовую ситуацию и протекают более длительно. Реабилитация ПТСР должна стать приоритетной в педиатрии, так как хроническое влияние травмы имеет большое значение для здоровья нации.

Ключевые слова: дошкольники, посттравматические стрессовые расстройства.

Summary

Ershova, I.B., Reshikov V.A. The Prevalence of PTSD among children of preschool age.

The paper presents data on the prevalence of post-traumatic stress disorders (PTSD) among preschool children who were in the area of local hostilities. Was conducted by methods of questionnaire, analysis of medical documentation, psychosomatic tested 328 children aged 3 to 6 years. In children of preschool age PTSD arise as a protracted response to a stressful situation and are more durable. Rehabilitation of PTSD should be a priority in Pediatrics, as the chronic impact of trauma is of great importance for the health of the nation.

Key words: preschool children, post-traumatic stress disorder

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

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНОГО
ПРЕПАРАТА ИМУНОГРАН В МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В
СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

*Л.Н.Иванова, Е.А.Луговсков
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Введение

Больные хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в разных странах составляют от 18 до 29% населения [1, 5, 6].

В то же время в мире наблюдается увеличение заболеваемости, инвалидности и смертности (476,0 на 100000 населения) от сердечно-сосудистой патологии, в том числе ишемической болезни сердца (ИБС) [4, 5]. Установлено, что ХНХ и ИБС имеют ряд общих факторов риска; показано наличие корреляционной связи между уровнями липидов в сыворотке крови и наличием атеросклероза магистральных сосудов [2, 7, 10, 11]. У больных ХНХ и ИБС, проживающих в зоне АТО, как правило, отмечается наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [2, 3, 8].

При выборе лекарственных средств для медицинской реабилитации больных с рассматриваемой сочетанной патологией перспективным является применение препаратов растительного происхождения [3]. Так, наше внимание привлек иммуногран - комплексный растительный препарат, который, являясь иммуностимулирующим средством, повышает функциональные резервы систем адаптации организма, активизирует неспецифическую антимикробную защиту, стабилизирует клеточные мембраны, предотвращает чрезмерную активацию свободнорадикального окисления, восстанавливает функциональную активность естественной антиоксидантной системы организма, оказывает противовоспалительное действие.

Целью исследования было изучение эффективности применения растительного препарата иммуногран в медицинской реабили-

тации больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 110 (мужчин 38%, женщин - 62%) больных ХНХ в сочетании с ИБС и ПТСТР в возрасте от 32 до 59 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование для верификации диагнозов. Диагноз ИБС устанавливали согласно Приказу МЗ Украины № 436 (2006) и рекомендациям Европейского общества кардиологов (2014); ХНХ - Приказу МЗ Украины № 271 (2005), ПТСТР - МКБ 10. Диагностика ПТСТР включала установление в анамнезе больного факта переживания травматического события и использование комплекса клинико-психологических методик: тест для выявления признаков соматизации (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15); шкалу депрессии Зунга; опросник отношения к болезни; шкалу госпитальной тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); наличие и выраженность депрессии оценивали по шкале Бека, которые дают возможность выявить степень выраженности депрессивной симптоматики.

Для проведения медицинской реабилитации обследованные пациенты были разделены на две рандомизированные группы: основную (69 человек), в которой назначали иммуногран, и сопоставления (41 человек), где назначали традиционные средства.

В составе 1 г препарата иммуногран содержится эхинацеи пурпурной экстракта (в пересчете на сухой остаток) - 0,025 г и вспомогательные вещества (глицирам, целлюлоза микрокристаллическая, пектин яблочный, кислота сорбиновая, кислота лимонная, сахар рафинад). Иммуногран назначался по 2 г 3 раза в сутки независимо от приема пищи на протяжении 20 дней. Гранулы перед применением предварительно разводили теплой кипяченой водой из расчета 1 г гранул в 15 мл (1 столовая ложка) воды. Иммуногран способствует повышению устойчивости организма к воздействиям неблагоприятных факторов окружающей среды (неполноценное и несбалансированное питание, чрезмерное эмоциональное и физическое напряжение), повышает активность иммунного статуса, нормализуя его при воспалительных заболеваниях, сопровождающихся вторичным иммунодефицитом.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью лицензионных программ Microsoft Excel 6.1/ prof и Statistica.

Полученные результаты и их обсуждение

У больных ХНХ в сочетании с ИБС и ПТСР наличие тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS обнаружено в 76,4% случаев, депрессии - в 30,0% случаев. При этом уровень тревоги составлял $16,7 \pm 6,9$ баллов, депрессии - $11,9 \pm 3,2$ баллов. По шкале Зунга установлен высокий уровень умеренной замаскированной и легкой депрессии (28,2% и 37,5% соответственно); выраженной депрессии - 12,5% случаев. По показателям теста Спилбергера-Ханина преобладали лица со средней и высокой степенью тревожности (63,8% и 11,9% соответственно). Результаты опроса отношения к болезни показали, что у 17,5% регистрировался тревожный и у 15,7% - неврастенический типы. Оценка по шкале Бека выявила у 17,3% больных наличие мягкой ($12,1 \pm 9,4$ баллов), у 12,7% - средней степени депрессии.

На момент начала проведения медицинской реабилитации, обследованные больные жаловались на общую слабость (95,3%), повышенную утомляемость (93,1%), недомогание (92,7%), раздражительность, тревожность, нарушение сна (90,2%), эмоциональную лабильность (89,4%), флешбэки (78,8%). Частота субъективной симптоматики у больных обеих групп достоверно не отличалась ($p > 0,05-0,1$).

После завершения курса медицинской реабилитации у больных основной группы, которым назначали иммуногран, частота жалоб на состояние здоровья существенно уменьшалась как относительно исходного уровня, так и показателей группы сопоставления, больные которой получали только общепринятые средства реабилитации. Так, сравнительный анализ субъективной симптоматики астено-вегетативного регистра после завершения курса реабилитации позволил установить, что 96,4% пациентов основной группы жалоб на состояние здоровья не предъявляли и считали себя практически здоровыми, что в 1,97 раза ($p < 0,05$) превышало эффект, достигнутый при использовании только общепринятых средств у больных группы сопоставления.

Мониторинг клинических показателей больных с сочетанной патологией позволил установить, что включение в медицинскую реабилитацию иммуногран способствовало уменьшению продолжительности общей слабости в среднем на

3,7±0,15 суток ($p<0,01$), раздражительности, тревожности и эмоциональной лабильности - на 3,9±0,2 суток ($p<0,01$), нормализация сна происходила на 4,2±0,2 ($p<0,05$) суток раньше по сравнению с больными группы сопоставления. Существенное улучшение самочувствия и ликвидация проявлений ПТСР у больных основной группы, которые получали иммуногран, происходила в течение 2-3 недель с момента назначения курса реабилитации. Наряду с существенным улучшением общего самочувствия пациентов и уменьшением количества жалоб, характеризующих психоэмоциональное состояние, существенно уменьшались жалобы, присущие поражению желчного пузыря ($p<0,01$), что свидетельствует о положительном эффекте назначения препарата иммуногран.

Выводы

Назначение препарата иммуногран для проведения медицинской реабилитации у больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством способствовало положительной динамике показателей, характеризующих психоэмоциональный статус пациентов.

Литература

1. *Болезни печени и желчевыводящих путей / Под ред. В.Т. Ивашкина.- М: М-Вести, 2002. - 327 с.*
2. Вейн А. М. *Идеи нервизма в гастроэнтерологии / А.М. Вейн // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. - № 3. - С. 76-79.*
3. Гарник Т.П. *Ефективність фітозасобів у лікуванні та медичній реабілітації хворих з депресивними розладами на тлі хронічної патології гепатобіліарної системи / Т.П. Гарник, І.І. Кутько, В.М. Фролов // Фітотерапія. Часопис. - 2008. - № 3. - С. 3-11.*
4. Горбась І.М. *Популярні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смирнова // Український кардіологічний журнал. - Спеціальний випуск. - 2006. - С. 44-48.*
5. Звенигородская Л.А. *Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы / Л.А. Звенигородская, Л.Б. Лазебник, Ю.В. Таранченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2003. - № 5. - С. 139-140.*
6. Иванченкова Р.А. *Хронические заболевания желчевыводящих путей / Иванченкова Р.А. М.: Атмосфера, 2006. - С. 3-416.*

7. Мараховский Ю.Х. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина: гепатоцитарные и каналикулярные компарменты обмена холестерина и их клинико-патофизиологическое значение / Ю.Х. Мараховский, К.Ю. Мараховский // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2006. – Т.16, №6. – С.41–55.

8. Смуглевич А.Б. *Депрессии в общемедицинской практике.* – М., 2000. – 160 с.

9. Fox K. *Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of European Society of Cardiology* / K. Fox // *Europ. Heart J.* – 2006. – Vol. 27, № 11. – P. 1341-1381.

10. Salonen J.T. *Liver damage and protective effect of high density lipoprotein cholesterol* / J.T. Salonen // *BMJ.* – 2003. – Vol.327. – P.1082–1083.

11. Moseley R.H. *Liver and biliary tracts* / R.H. Moseley // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2003. – V. 19. – P.185-193.

Резюме

Иванова Л.Н., Луговсков Е.А. Эффективность применения растительного препарата иммуногран в медицинской реабилитации больных с хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством.

Назначение препарата иммуногран для проведения медицинской реабилитации у больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и посттравматическим стрессовым расстройством способствует нормализации показателей, характеризующих психоэмоциональный статус пациентов.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, ишемическая болезнь сердца, посттравматическое стрессовое расстройство, медицинская реабилитация, иммуногран.

Summary

Ivanova L.N, Lugovskov E.A. *The effectiveness of the use of herbal preparation immunogran in the medical rehabilitation of patients with chronic non-calculous cholecystitis in combination with coronary heart disease and post-traumatic stress disorder.*

The purpose of the drug immunogran for medical rehabilitation in patients with chronic non-calculous cholecystitis in combination with coronary heart disease and post-traumatic stress disorder contributes to the normalization of indicators characterizing the psychoemotional status of patients.

Key words: chronic non-calculous cholecystitis, ischemic heart disease, posttraumatic stress disorder, medical rehabilitation, immunogran.

Рецензент: д.мед.н., проф. Коломиец В.И.

**КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ УРОВНЕЙ ДЕПРЕССИИ
И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА****О.С.Налётова***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького***Актуальность**

Артериальная гипертензия (АГ) во многом определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности. Осложнения АГ (инфаркт миокарда, мозговые инсульты) могут быть фатальными. По данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ среди взрослого населения в развитых странах мира колеблется от 30 до 40%; в группе лиц старше 65 лет этот показатель достигает 50-65% [7, 8]. В 2016 году в Донецкой Народной Республике (ДНР) распространенность АГ составила 44,7% [4]. 90-95% случаев АГ определяется как первичная (эссенциальная, идиопатическая) или гипертоническая болезнь (ГБ). Патогенетическая лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных ГБ. Врачи отдают предпочтение антигипертензивным лекарственным средствам (АГЛС), моделирующим активность симпатoadреналовой (САС) и ренин-ангиотензиновой (РАС) систем, системы транспорта Ca^{2+} и т.д. При этом врачом практически не используется терапия, оказывающая воздействие на психоэмоциональную сферу больного [7, 8, 9]. В настоящее время депрессия рассматривается как независимый фактор риска в патогенетической цепи ССЗ, а не как вторичная эмоциональная реакция на заболевание. Некоторые авторы акцентируют внимание на влиянии хронического психоэмоционального стресса на формирование эндотелиальной дисфункции и процессы ремоделирования сосудов. Как известно, эндотелиальная дисфункция является одним из важнейших патогенетических механизмов прогрессирования АГ [1, 2, 5, 6].

Таким образом, изучение стресса, как пускового фактора при АГ и ГБ в частности остается актуальным. Не менее важное значение имеет поиск решений, ослабляющих стресс-реакции на раздражители внешней среды, т.к. длительно воздействующий стресс в конечном

итоге приводит к жизненному истощению. Особенно актуальным это является для больных ГБ, находящихся в условиях хронического психоэмоционального стресса, обусловленного гражданским конфликтом на Донбассе, продолжающемся, практически четыре года.

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

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в два этапа. С целью выявления уровня депрессии (скрининг I) и жизненного истощения (скрининг II) у больных ГБ, проживающих на территории ДНР, было проведено добровольное тестирование 1328 больных (такая выборка позволяет выявить 3% различия частот анализируемых показателей (при 95% мощности исследования и 1% уровне значимости)) в возрасте 45-65 лет с диагнозом ГБ II стадии, который был подтвержден медицинской документацией пациента. Во время первичного визита больных ГБ к врачу были установлены исходные офисные значения САД и ДАД (табл. 2). Наличие депрессии, а также ее уровень оценивали по шкале Бека (ШБ), которая содержит 21 группу из четырех утверждений в группе (0-3). По ШБ диагноз депрессии выставляется при общем балле от 20 до 25; результат менее 10 баллов свидетельствует об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии пациента. Согласно дизайну исследования такие больные в дальнейшее исследование не включались. При результате от 10 до 19 баллов говорят о легком уровне депрессии ситуативного или невротического генеза [10].

Все результаты исследований (в том числе корреляционный анализ) обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics с применением методов параметрической и непараметрической статистики; определяли r (коэффициент корреляции) [3].

Полученные результаты и их обсуждение

На этапе скрининга отбор больных ГБ II стадии, демонстрирующих легкий уровень депрессии ситуативного или невротического генеза осуществлялся в ЛПУ г. Донецка в период с сентября 2016 года по сентябрь 2017 года. Из общего числа пациентов, 15 (1,1%) продемонстрировали показатель по ШБ от 20 до 25 (табл.1). Этим больным была рекомендована консультация психиатра. У 1097

(82,6±0,1%) больных ГБ не выявлено депрессивных тенденций, т.к. их уровень депрессии по ШБ составил менее 10 баллов (табл.1). Из всего контингента больных, прошедших скрининг, 216 (16,3±0,3%) пациентов продемонстрировали уровень депрессии по ШБ от 10 до 19 (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных ГБ II стадии по возрасту и полу в зависимости от уровня депрессии по шкале Бека

| Уровень депрессии по шкале Бека | Показатели | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------|----------|---------|----------|
| | Средний возраст, лет, $\bar{X} \pm m$ | Минимальный возраст, лет | Максимальный возраст, лет | Мужчины | | Женщины | |
| | | | | Абс. | P±m (%) | Абс. | P±m (%) |
| <10 баллов (n=1097) | 52,4±0,7 | 43 | 70 | 552 | 50,3±1,2 | 545 | 49,7±1,1 |
| от 10 до 19 баллов (n=216) | 55,3±0,9 | 45 | 65 | 119 | 55,1±3,2 | 97 | 44,9±3,1 |
| от 20 до 25 баллов (n=15) | 57,3±1,1 | 54 | 60 | 6 | 40,0±4,8 | 9 | 60,0±4,9 |

Результаты оценки уровня АД у больных, прошедших скрининг II, свидетельствуют о том, что показатели САД больных при первичном осмотре врача на 6,2±0,3% выше показателя нормы для САД (139 мм рт.ст.); показатели ДАД больных обеих групп на 4,8±0,2% выше показателя нормы для ДАД (89 мм рт.ст.).

Таблица 2

Показатели гемодинамики, уровней депрессии и жизненного истощения у больных ГБ II стадии, $\bar{X} \pm m$

| Мужчины (n=119) | Женщины (n=97) |
|--------------------------|----------------|
| Офисное САД (мм рт.ст.) | |
| 147,9±0,90 | 147,3±0,72 |
| Офисное ДАД (мм рт. ст.) | |
| 93,6±0,40 | 93,0±0,40 |
| Уровень депрессии | |
| 15,2±0,34 | 14,9±0,37 |

При проведении корреляционного анализа была выявлена сильная ($r>0,7$ при $p<0,001$) линейная положительная корреляционная связь между уровнем депрессии и уровнями САД, ДАД и уровнем депрессии (рис. 1 и 2).

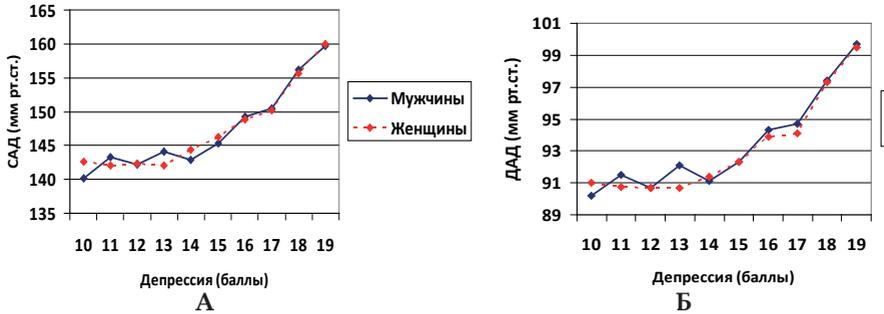


Рисунок 1. Зависимость САД (мм рт.ст.) (А) и ДАД (мм рт.ст.) (Б) от уровня депрессии (баллы) у больных ГБ II стадии, проживающих на Донбассе.

Выводы

Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, что распространенность депрессии у больных ГБ II стадии, проживающих в условиях гражданского конфликта на Донбассе, составляет $17,4 \pm 0,3\%$; у большинства больных определяется легкий уровень депрессии ситуативного или невротического генеза; выявлена корреляционная зависимость между выраженностью депрессии, уровнями жизненного истощения, САД и ДАД.

Литература

1. Артюхова М. Г. Новые подходы к лечению депрессивных расстройств у больных кардиологического стационара / М. Г. Артюхова // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 11. – С. 822–824.
2. Связь личностной тревожности с другими психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы воз «MONICA-психосоциальная») / Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В. // Сибирский Медицинский Журнал (Томск). – 2011. – Т. 26 (4). – С. 156-161.
3. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. – Донецк: «Изд-во ДонНМУ», 2006 – 214 с.
4. Налётов, С.В. Комплаентность больных гипертонической болезнью в блокадном Донбассе. Решение проблемы в тандеме врача и провизора [монография] / С.В. Налётов, М.М. Алесинский, Е.Н. Налётова. – Донецк: Изд-во «НОУЛИДЖ». – 2017. – 55 с.
5. Органов Р.Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р.Г. Органов // Кардиология. – 2005. – Т. 45, № 8. – С. 38–44.

6. Органов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Органов // Кардиология. – 2011. – Т. 51, № 2. – С. 59–66.

7. Фролова Е. В. Артериальная гипертензия / Е. В. Фролова // Российский семейный врач. – 2016. – Т. 20, № 2. – С. 1-18.

8. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: российские рекомендации (четвертый пересмотр) / Чазов И.Е., Ратов Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. // Системные гипертензии. – 2010. – Т. 3. – С. 5–26.

9. Чирин А. С. Артериальная гипертензия как социально-значимая проблема современной России / А. С. Чирин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 85.

10. An inventory for measuring depression / Beck A.T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. // Archives of General Psychiatry. – 1961. – Vol.4. – №6. – P. 561-571.

Резюме

Налётова О.С. Корреляционная связь уровней депрессии и артериального давления у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса.

В статье представлены результаты исследования, посвященного оценке распространенности депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью II стадии, проживающих на территории Донбасса. Согласно тестированию по шкале Бека 1328 больных, депрессия выше 20 баллов выявлена у 15 (1,1±0,8%) пациентов (больные направлены на консультацию к психиатру), а депрессия ситуативного или невротического генеза (10-19 баллов) у 216 (16,3±0,3%). Выявлена сильная линейная положительная корреляционная связь между уровнем депрессии и показателями систолического и диастолического артериального давления.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, депрессия, жители Донбасса

Summary

Nalotova O.S. The correlation of levels of depression and arterial pressure in patients with arterial hypertension who live on the territory of the Donbass.

The article presents the results of a study on the assessment of the prevalence of depression and vital exhaustion in patients with stage II hypertensive disease, living on the territory of the Donbass. According to examination using Beck Depression Inventory of 1328 patients, depression of more than 20 points was identified in 15 (1,1±0,8%) patients (patients were referred for psychiatrist counseling), and depression of situational or neurotic genesis (10-19 points) – in 216 (16,3±0,3%) patients.. A strong linear positive correlation between the levels of depression and also the indices of systolic and diastolic blood pressure was revealed.

Key words: arterial hypertension, depression, people of Donbass.

Рецензент: д.мед.н., проф. Иванова Л.Н.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

¹Ю.Г. Пустовой, ¹В.В. Баранова, ²М.В. Дорда, ³Г.Н. Роечко

¹ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская республиканская противотуберкулезная детская больница», ЛНР

³ГУ «Луганский республиканский противотуберкулезный диспансер», ЛНР

Актуальность. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за 2016 году в мире выявлен 1 миллион новых случаев заболевания туберкулезом детей, и 253 000 детей умерли от него за отчетный год [12]. Среди детей до 4 лет смертность увеличилась на 45%. Возросла смертность в основном за счет детей раннего возраста. Так, в возрасте от 0 до 6 месяцев она составила 30-75%, от 6 месяцев до 1 года – 14-15%, от 1 года до 2 лет – 7-32% [8, 12].

Инфицированность детей, проживающих совместно с больными, в 2 раза выше, чем у детей из здорового окружения. Начиная с 1990 г. в России отмечен рост заболеваемости детей: их заболеваемость в очагах увеличилась более чем в 3 раза, превышая общую заболеваемость детей в 50 раз [1, 2]. Социальный фактор обусловлен семейным окружением ребенка. Как правило, в 78-85% случаев дети инфицируются МБТ от родителей или ближайших родственников. В этом случае отмечается массивное по количеству и длительное по времени (постоянно в течение нескольких недель и даже месяцев) воздействие туберкулезной палочки на организм ребенка. Причем чем младше дети, тем чаще они заражаются от матерей и отцов: в первый год жизни – 85%, во второй год – 67,7%, в третий год – 49,5% [4]. Особой проблемой является туберкулез у беременной женщины, которая становится источником инфекции новорожденному в первые часы его жизни. Среди заболевших туберкулезом детей, контактирующих с больными в семье, отмечается значительное число детей раннего возраста с диссеминированными формами туберкулеза. В структуре впервые заболевших детей в России преобладает туберкулез органов дыхания (78%). Основной формой является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов [1].

С учетом того, что дети наиболее уязвимы в отношении туберкулеза, мероприятия по борьбе с этой инфекцией на то, чтобы в максимально ранние сроки привить ребенка вакциной БЦЖ / БЦЖ-М [1, 3]. На сегодняшний день вакцинация БЦЖ это основной метод защиты новорожденного от развития генерализованных и распространенных форм заболевания, ведущий к снижению показателей детской смертности [1, 3, 11]. Отсутствие вакцинации против туберкулеза либо некачественное ее проведение, наряду с наличием контакта с больным туберкулезом у детей младшего возраста, особенно при отсутствии профилактического лечения, являются факторами высокого риска заболевания туберкулезом [2, 3, 9, 10]. Вероятность заболевания среди не привитых вакциной БЦЖ детей раннего возраста из контакта с больным туберкулезом составляет 85,7% [5, 6]. Летальные исходы наблюдаются у детей младшего возраста из семейного контакта с больным туберкулезом либо не привитых БЦЖ, либо не разобщенных из туберкулезного контакта после вакцинации на период формирования иммунитета [2, 6]. Следовательно, вакцинация БЦЖ сохраняет свое профилактическое значение лишь при условии соблюдения комплекса противозидемических мероприятий, так как супер- и реинфекция снижают протективные свойства вакцины [6, 8].

Цель: Проанализировать заболеваемость туберкулезом детей первого года жизни, возможные источники их заражения.

Материалы и методы исследования

Авторами были изучены данные историй болезни (ф. 003/у) и амбулаторных карт (ф. 025/у) детей от 0 до года жизни, заболевших туберкулезом в 2016 году на территории Луганщины.

Полученные результаты и их обсуждение

В связи с наличием перебоев в производстве туберкулина и отсутствие государственных поставок этого препарата в 2010 -2013 г. в Луганской области, а также ограниченного поступления туберкулина на территорию с 2014 года были зарегистрированы проблемы с проведением плановой ранней диагностики туберкулеза (ТБ) у детей на территории. Это привело к росту заболеваемости среди детского населения и выявлению туберкулеза рентгенологическим методом по обращению. За последние 4 года на нашей территории темпы роста заболеваемости ТБ у детей более чем в 30 раз опережают аналогичные показатели у взрослых. Катастрофическое ухудшение

ситуации по туберкулезу среди детского населения сопровождается стремительным смещением пика заболеваемости с подросткового возраста 15-17 лет до детей раннего возраста от 0 до 4 лет. С другой стороны регистрируется рост заболеваемости туберкулезом женщин и увеличение частоты сочетания туберкулеза и беременности в 2,6 раза, что ухудшает эпидемическую ситуацию в регионе.

Интенсивный показатель заболеваемости детского населения по Республике в 2016г. вырос на 40% и составил 42,0 на 100 000 детского населения (в 2015г. 33,6 случая на 100 000 детского населения). Из всех заболевших туберкулёзом детей в 2016г. причем каждый 4 ребенок имел контакт с больным мультирезистентным туберкулёзом, а каждый третий - это ребенок первых трёх лет жизни (35%). Поэтому наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в возрастной группе до 1 года жизни, и данный показатель достиг 67,6 случаев на 100 000 населения данного возраста. При этом, треть детей (32%) заболевших туберкулёзом имели контакт в первые секунды своей жизни, т.е. в перинатальных учреждениях. Это обусловлено выполнением Приказа № 152 от 04.04.2005г. «Об утверждении Протокола медицинского наблюдения за здоровьем новорожденного ребенка» [7], в котором предусмотрено совместное пребывание матери и ребенка, в том числе в соответствии с пунктом 5.1.2 рекомендовано: контакт «кожа к коже»; совместное транспортирование ребенка с матерью в палату совместного пребывания; исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка; уход матери за ребенком с привлечением членов семьи; обоснованная минимизация вмешательств со стороны медперсонала; все назначения и манипуляции (вакцинация и т.д.) выполняются в палате совместного пребывания в присутствии и с соблюдением требований информированного соглашения матери. Таким образом, средняя продолжительность совместного пребывания составила 7 дней. В случаях наличия у родильницы активного туберкулеза с бактериовыделением этого времени вполне достаточно для инфицирования новорожденного. Причем для развития активного туберкулеза у малыша, учитывая хроническое течение туберкулезного воспаления, необходимо несколько месяцев. Этим обусловлено отсроченное выявление локальных форм туберкулеза у детей раннего возраста через 2 – 6 месяцев.

В половине случаев среди данного контингента (от 0 до года жизни) был зарегистрирован мультирезистентный туберкулёз. Данный

контакт стал причиной назначения детям первого года жизни более длительного (до 20 месяцев) и более интенсивного лечения (до 6 противотуберкулезных препаратов второго ряда) в соответствии с действующими протоколами лечения устойчивого туберкулеза.

Среди клинических форм у детей раннего возраста преобладал туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов (в 76% случаях). Первичный туберкулезный комплекс с вовлечением легочного компонента был выявлен в 12% случаях. И самым неблагоприятным при развитии туберкулеза у детей первого года жизни было зарегистрировано поражение нервной системы – туберкулезный менингит (в 6% случаях).

Как известно, в развитии туберкулёза у детей немаловажную роль играет состояние иммунологической реактивности организма и наличие специфического иммунитета, который развивается в результате вакцинации БЦЖ и чем больше постпрививочный знак, тем выше иммунитет. В Республике средний показатель размера поствакцинного рубчика – знака БЦЖ составляет – 2,7 мм, и регистрируется лишь в 72% случаях. Наличие постпрививочного знака БЦЖ лишь у двух трети из привитых детей и малый его размер указывает на неэффективное проведение первичной иммунопрофилактики, которая должна защитить ребенка в ближайшие 5 лет. Первичную профилактику противотуберкулёза получили на 3-и сутки практически все новорожденные дети, выявленные с активным туберкулезом на первом году жизни, при этом практически во всех случаях до выполнения рентгенологического обследования матери. Возможное заражение микобактериями туберкулеза и проведение вакцинации БЦЖ на этом фоне повышает риск развития локальных форм туберкулеза, поэтому особенно важным является выполнение нормативной базы, которая подразумевает строгую последовательность: сначала рентгенологическое обследование родильницы и только потом принятие решения о возможной вакцинации БЦЖ новорожденному.

Выводы

Таким образом, основным источником туберкулезной инфекции для детей первого года жизни являются мамы, страдающие туберкулезом. Первичный контакт происходит сразу после рождения ребенка. Становиться более актуальным и необходимым, на период до стабилизации и снижения эпидемических показателей заболеваемости туберкулезом детей первого года жизни, проводить рентгенологическое обследование беременных на

туберкулез в третьем триместре – непосредственно перед родами, что никак не повлияет на развитие ребенка, но исключит его заражение туберкулезом в первые часы его жизни. В случае отказа беременной от обследования на туберкулез необходимо исключить контакт с новорожденным до рентгенологического обследования родильницы. Также важно сократить число отказов родителей от вакцинации БЦЖ новорожденным при отсутствии противопоказаний проведения данной вакцины.

Литература

1. Аксенова В.А. Вакцинопрофилактика туберкулеза: значение и проблемы / В.А. Аксенова, Д.Т. Леви, Е.В. Фонина // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №1. – С. 10-16.
2. Барышникова Л.А. Туберкулез у детей различного возраста: вакцинация, химиопрофилактика, особенности выявления, клинического течения / Л.А. Барышникова // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №6. – С. 16-19.
3. Васильева Е.Б. Клиническая и эпидемиологическая характеристика туберкулеза у детей раннего возраста / Е.Б. Васильева, А.В. Мосина // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 11. – С.24-30.
4. Васильев Н.А. Туберкулезная инфекция у детей раннего возраста / Н.А. Васильев, А.А. Гаврилов, Е.В. Богданова, О.К. Киселевич [электр.ресурс] // Лечащий врач - <https://www.lvrach.ru/1998/06/4527206/>
5. Касимцева О.В. Факторы риска заболевания туберкулезом органов дыхания у детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции / О.В. Касимцева, Е.С. Овсянкина // 15 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – М., 2005. – С. 171.
6. Корецкая Н.М. Современные взгляды на вакцинацию БЦЖ / Н.М. Корецкая [электр.ресурс]. - Режим доступа [//www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com)
7. Приказ № 152 от 04.04.2005г. МЗ Украины «Об утверждении Протокола медицинского наблюдения за здоровьем новорожденного ребенка»
8. Филинюк О.В. Диагностика туберкулеза у детей и подростков: учебное пособие / О.В. Филинюк, О.В. Колоколова, Н.Н. Кабанец. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2013. – 174 с.
9. Чарыкова Г.П. Особенности туберкулезной инфекции у детей раннего возраста / Г.П. Чарыкова, В.М. Шнайдитей // 15 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – М., 2005. – С.198.
10. Чеботарева А.А. Причины развития и пути выявления локальных форм первичного туберкулеза у детей в условиях района с высокой заболеваемостью взрослого населения / А.А. Чеботарева // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2008. – №1. – С.3-6.

11. Kaufmann S. Vaccination against tuberculosis / S. Kaufmann, H. Mittrucker H. // *Seminars in respiratory and critical med.* – 2004. – Vol. 24, № 3. – P. 345-352.

12. WHO TB global report 2017 *Global tuberculosis report 2017* (Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 г.). - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2017 г. – 262 с.

Резюме

Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Дорда М.В., Роенко Г.Н. *Туберкулез у детей первого года жизни.*

За последние 4 года на нашей территории темпы роста заболеваемости ТБ у детей более чем в 30 раз опережают аналогичные показатели у взрослых. Ухудшение ситуации по туберкулезу среди детского населения сопровождается стремительным смещением пика заболеваемости с подросткового возраста 15-17 лет до детей раннего возраста от 0 до 4 лет. Основным источником туберкулезной инфекции для детей первого года жизни являются мамы, страдающие туберкулезом. Первичный контакт происходит сразу после рождения ребенка. Становиться более актуальным и необходимым, на период до стабилизации и снижения эпидемических показателей заболеваемости туберкулезом детей первого года жизни, проводить рентгенологическое обследование беременных на туберкулез в третьем триместре – непосредственно перед родами, что может защитить его от заражения туберкулезом в первые часы жизни. В случае отказа беременной от обследования на туберкулез необходимо исключить контакт с новорожденным до рентгенологического обследования родильницы. Также важно сократить число отказов родителей от вакцинации БЦЖ новорожденным при отсутствии противопоказаний проведения данной вакцины.

Ключевые слова: туберкулез, дети первого года жизни.

Summary

Pustovoy Yu.G., Baranova V.V., Dorda M.V., Roenko G.N. *Tuberculosis in children of first year of life.*

The rate of increase in the incidence of TB in children is more than 30 times ahead of those in adults during the past 4 years in our territory. The incidence peak from adolescence of 15-17 years to children was shifted in of early age from 0 to 4 years. Mothers who are suffering from tuberculosis were the main source of tuberculosis infection for children of the first year of life. Primary contact occurs immediately after the birth of the child. X-ray examination of pregnant women for tuberculosis in the third trimester to become more relevant and necessary, for the period to stabilize and reduce the epidemic indicators of the incidence of tuberculosis in children of the first year of life. The contact with the newborn before the X-ray examination of the parturient woman necessary to exclude in case of refusal of the pregnant woman from examination for tuberculosis. The number of parents who refuse to vaccinate BCG to reduce with newborns without contraindications to the vaccine it is also important.

Key words: tuberculosis, children of the first year of life.

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

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ.
ХИРУРГИЯ
ПОВРЕЖДЕНИЙ**

УДК 618.14-006.327-055.26-091

Е.В. Бургело, О.В. Телешова

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ
ЛЕЙОМИОМ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

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

kafpat@mail.ru

E. V. Burgelo, O.V. Teleshova

**MORPHOLOGICAL FEATURES OF GRAVID OF UTERINE
LEIOMYOMAS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В структуре гинекологической патологии среди заболеваний у женщин репродуктивного возраста, лейомиома матки занимает второе место. Лейомиома матки - это доброкачественная опухоль, источником развития которой является гладкомышечные клетки шейки или тела матки. По данным разных авторов, в 0,4-3,9% случаев наличие опухолевого процесса диагностируют во время беременности. Наличие миоматозных узлов приводит к угрозе прерывания беременности, замершей беременности, угрозе внутриутробной гипоксии плода, ранним и поздним гестозам, кровотечениям во время беременности и родов. При этом характер осложнений зависит от размера и морфологических особенностей опухолевых узлов миомы.

Цель. Изучить морфологические особенности лейомиом при беременности с учетом размеров новообразования и вторичных изменений в нем.

Материалы и методы. Морфологическое исследование миом проводилось в 25 случаях беременностей завершающихся операцией кесарево сечение в сроке гестации 36-39 недель с последующей энуклеацией узлов. При макроскопическом исследовании новообразований учитывалось их количество, размеры, консистенция, цвет, строение и наличие дистрофических изменений. Были выделены две группы в зависимости от размеров узлов: первая группа 10 узлов (более 5 см) и вторая группа 15 узлов (менее 5 см). В каждом случае с лейомиоматозных узлов брались участки ткани из центральной зоны, парацентральной и краевой. Кусочки ткани фиксировались в нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин. Из каждого блока изготавливались гистологические препараты, окрашенные гематаксилином и эозином, а также по Ван-Гизону. Ми-

кроскопические исследования проводились на увеличении Ч 100 и Ч 400 с помощью микроскопа Primo Star (Carl Zeiss, ФРГ).

Результаты исследования. К первой группе было отнесены опухоли, размеры которых достигали от 5,0 см до 17,0 см в диаметре. Консистенция таких узлов была неравномерной плотности, с наличием фокусов размягчения. В этих миомах наряду с участками белого или серо-белого цвета отмечались мелкие, или крупные серо-желтые очаги некроза, а также наблюдалось формирование кистозной, и красной дегенерации, кальцификация. Во второй группе размеры миоматозных узлов были в пределах от 0,5 см до 4,5 см в диаметре. Это были узлы с множественной локализацией. При макроскопическом исследовании узлы опухоли были бледно-розового цвета, волокнистого строения плотноэластической и плотной консистенции. При гистологическом исследовании обнаружено, что для лейомиом первой группы были характерны не только наличие очагов некроза, а также определялись участки расстройств кровообращения, фокусы кровоизлияний, отек или гиалиноз ткани. Микроскопическое исследование лейомиом меньшего размера (второй группы) обнаружило, что отдельные участки опухоли были богатые сосудами. Мышечные волокна этих опухолей находились в состоянии гипертрофии, также отмечался очаговый отек стромы. Это исследование показало высокую вариабельность макроскопических и микроскопических особенностей лейомиом и наличие в них вторичных изменений различной степени выраженности.

Заключение: Есть все основания считать, что размеры опухолевых узлов и патоморфологические особенности лейомиом могут служить важным маркером оценки тяжести нарушений гомеостаза в маточно-плацентарном комплексе, и должны учитываться при ведении беременности и родов.

УДК 616.36-006.03-089

**И.П. Вакуленко, Е.М. Соловьёва, В.В. Хацко, В.М. Фоминов,
А.В. Пархоменко**

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

ДоКТМО, Донецк, ДНР

nauchniy-otdel@dnmu.ru

I.P. Vakulenko, E.M. Solovyova, V.V. Khatsko, V.M. Fominov,
A.V. Parkhomenko

COMPUTER-TOMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF FOCAL LIVER FORMATION

*Donetsk national medical university named after M. Gorki, Donetsk,
DCRMH, DPR*

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) уже на первом этапе диагностики очаговых образований печени (ООП) нередко позволяет получить исчерпывающую информацию. Однако в некоторых случаях для уточнения диагноза необходимо применять компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Цель работы: определение возможностей КТ в диагностике и дифференциальной диагностике ООП.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за последние 10 лет лечились 440 больных с ООП. Среди них было 290 (65,9%) женщин и 150 (34,1%) мужчин в возрасте 19 – 78 лет. Методами исследования явились: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ или МРТ, лапароскопия, пункционная биопсия. УЗИ применена во всех случаях, КТ - у 203 (46,1%) пациентов. Компьютерную томографию выполняли на аппарате «Siemens» (Германия).

Результаты и обсуждение. После всестороннего обследования выявлены следующие виды ООП: киста непаразитарная – 166 (37,7%), гемангиома – 84 (19,1%), гидатидозный эхинококк – 63 (14,3%), абсцесс – 59 (13,4%), аденома – 18 (4,1%), узловая гиперплазия – 12 (2,7%), гепатоцеллюлярный рак – 16 (3,7%), холангиокарцинома – 13 (2,9%), метастазы в печень – 9 (2,1%).

Непаразитарная киста при КТ выглядит округлым образованием низкой плотности. При КТ с контрастированием киста не визуализируется. Эхинококковая киста – округлой формы, часто с кальцинированной капсулой, внутри содержит дочерние пузырьки. При гибели паразита плотность становится более высокой. Контуры гемангиомы при КТ часто неровные, бугристые, структура гетерогенная. Гиалиновая щель в центре – низкой плотности. Контрастирование происходит от периферии к центру опухоли. При формировании абсцесса печени уменьшается плотность в центре очага. Отмечается кратерообразная плотностная гетерогенность от периферии к центру. Пузырьки воздуха выглядят черными. При КТ аденома печени может быть гипо-или изоденсной. Максимальное контрастирование

наступает в артериальную фазу в отличие от гемангиомы, контрастирующейся в венозную фазу. При гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) КТ выявляет денситометрическую неоднородность с нечеткими контурами, зоны некроза, кальциноз, тромбы, асцит. Контрастирование наступает в артериальную фазу. Холангиокарцинома при КТ имеет гомогенно сниженную плотность, неоднородна, контрастное усиление постепенно увеличивается по направлению к центру. Желчные протоки дистальнее опухоли расширены, в отличие от ГЦР сужение воротной вены редко приводит к опухолевому тромбозу. Долевая или сегментарная атрофия печени часто сочетается с инвазией сосудов. Для метастазов в печень при КТ характерны низкая плотность, множественность очагов, очаги некроза и обызвествления.

Заключение. Таким образом, диагностический процесс при ООП в каждом случае индивидуален. На первом этапе диагностики УЗИ является предпочтительным. КТ или МРТ целесообразно проводить для уточнения диагностики в неясных случаях.

УДК 616.71-006

И.И. Гаврилов, А.С. Круть, А.А. Панкратьев, В.И. Шевченко

**ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ БИЛОКАЛЬНОГО
ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ
ДЕФЕКТОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
lgmu-trauma@mail.ru

I.I. Gavrilov, A.S. Krut, A.A. Pankratiev, V.I. Shevchenko

**DIFFERENTIAL APPROACH IN ILIZAROV BILOKAL
OSTEOSYNTHESIS DURING REPLACEMENT OF TIBIA DEFECT**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Проблема костных дефектов при опухолях опорно-двигательной системы, воспалительных заболеваниях и травмах (в особенности при огнестрельных переломах) является одной из ведущих проблем современной ортопедии. События на территории Луганской и Донецкой областей 2014-2016 годов, связанные с военным конфликтом, способствовали массовому поступлению в лечебные учреждения пострадавших с огнестрельными ранениями различной тяжести и локализации. Наиболее частой локализацией огнестрельных ранений являлись ранения нижних конечностей, как результат минно-взрывной травмы, так и результат «работы»

снайперов. Известно, что для замещения дефекта большеберцовой кости при данных повреждениях наиболее рациональным является применение методики биллокального остеосинтеза по Илизарову. Однако, стандартный подход к режиму дистракции зоны остеотомии (1 мм в сутки) не всегда оказывался оптимальным для адекватного развития и перестройки костного регенерата.

Цель - разработка дифференцированного подхода при лечении больных с дефектами большеберцовой кости различной величины путем применения рационального режима дистракции зоны остеотомии при биллокальном остеосинтезе.

Материалы и методы. За период 2014-2017 годов под нашим наблюдением находилось 28 пациентов с дефектами костной ткани большеберцовой кости различной величины. Все пациенты получали стационарное лечение в отделении костно-гнойной инфекции городской больницы №15 г. Луганска. До поступления в стационар эти больные получали лечение по месту жительства (службы), где им выполнялись хирургические обработки огнестрельных ран. Сроки поступления в отделение с момента получения ранения составляли от 1 до 2-х месяцев. Возраст пострадавших варьировал от 20 до 45 лет и в среднем составлял 34 года (± 3).

Тактика лечения данной группы пациентов заключалась в следующем. Прежде всего, выполняли некрэксвестрэктомию с резекцией патологически измененной костной ткани и формированием в проксимальном и дистальном фрагментах большеберцовой кости опилов с поперечной плоскостью сечения. Затем выполняли поперечную остеотомию в метафизарной зоне большеберцовой кости и фиксировали образовавшиеся фрагменты аппаратом Илизарова. Режим стабилизации зоны остеотомии продолжался от 10 до 14 суток. Для определения рационального режима дистракционного режима зоны остеотомии на контрольных рентгенограммах измеряли величину дефекта зоны резекции большеберцовой кости. При дефекте кости от 3 до 5 см режим дистракции был следующий. Дистракцию зоны остеотомии первые 3 см проводили со скоростью 1 мм в сутки (4 раза по 0,25 мм), а затем по 0,5 мм в сутки (2 раза по 0,25 мм). При дефекте большеберцовой кости от 5 до 9 см скорость дистракции зоны остеотомии первые 3 см равнялась 0,75 мм в сутки (3 раза по 0,25 мм), а затем по 0,5 мм в сутки до стыковки костных фрагментов в зоне резекции. При дефекте большеберцовой кос-

ти более 9 см предпочтение отдавали остеотомиям одновременно в проксимальном и дистальном метафизах кости. В этих случаях, после прекращения режима стабилизации, дистракцию каждой из зон остеотомии осуществляли со скоростью 0,5 мм в сутки.

В наших наблюдениях дефект большеберцовой кости от 3 до 5 см имели 18 человек, дефекты от 5 до 9 см имели 8 пациентов, а у двух пациентов дефект большеберцовой кости составлял более 9 см.

Заключительным этапом лечения данной группы больных был период фиксации. Цель данного периода заключалась в достижении окончательной оссификации дистракционного регенерата и консолидации зоны стыковки костных фрагментов.

Результаты и обсуждение. Исходы лечения данной группы больных прослежены от 6 месяцев до двух лет. В настоящее время лечение закончено у 24 больных, а 4 человек еще находятся на этапе лечения. При анализе лечения пациентов исследуемой группы было установлено следующее. В группе пациентов, которые имели дефект большеберцовой кости от 3 до 5 см (13 человек) период дистракции в среднем продолжался в течение 2-3 месяцев, а период фиксации составлял 4–6 месяцев, при этом общий срок лечения не превышал 9 месяцев. В группе пациентов, которые имели дефект большеберцовой кости от 5 до 9 см (6 человек), период дистракции продолжался в среднем 4-5 месяцев, период фиксации – 6-8 месяцев, а общий срок лечения составлял около 12-14 месяцев. У семи пациентов в период лечения приходилось перемонтировать аппарат Илизарова, перепроводить или проводить добавочно спицы. Это было связано с воспалительным процессом в местах проведения спиц или ослаблением жесткости фиксации костных фрагментов. В одном случае, уже в начале периода дистракции, на фоне обострения гнойно-некротического процесса и септического состояния пациента, развился тромбоз подколенной артерии и ему была выполнена ампутация поврежденной конечности на уровне бедра. У остальных больных, которые выписались из стационара, опороспособность поврежденной конечности была восстановлена. Однако, как правило, все эти пациенты продолжали получать амбулаторно физиофункциональное лечение по поводу нейротрофических нарушений, контрактур и рубцовых изменений в поврежденной конечности.

Мы полагаем, что уменьшение скорости дистракции зоны остеотомии через 1 месяц после начала этого этапа лечения (при дистрак-

ции до 3 см), способствует адекватному «созреванию» дистракционного регенерата. Такая тактика «выращивания» дистракционного регенерата объясняется тем, что уже с увеличением диастаза в зоне остеотомии в пределах 3 см снижается жесткость фиксации костных фрагментов. При этом, возникающая подвижность костных фрагментов может не только задерживать процессы оссификации регенерата, но и способствовать формированию ложного сустава.

Заключение: Применяемый режим дистракции зоны остеотомии большеберцовой кости при билокальном остеосинтезе является рациональным и позволяет в оптимальные сроки замещать дефект кости полноценным регенератом и добиваться консолидации зоны стыковки костных фрагментов. Предложенная тактика лечения больных с дефектами большеберцовой кости является весьма эффективной и может применяться как метод выбора в лечении больных с данными повреждениями.

УДК 616.36:615.3

В.А. Гаврилов, В.А. Сивоконь, А.Ю. Бондаренко, А.Д. Куценко, В.Ю. Войнова, В.Е. Пацало

**«АЛЛОДОНТ-Л», «КСЕНОДОНТ-Л», «АЛЛОДОНТ-ЛК» -
НОВЫЕ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА**

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

**V.A. Gavrilov, V.A. Sivokon, A.Y. Bondarenko, A.D. Kutsenko,
V.E. Patsalo**

**«ALLODONT-L», «KSENOTONT», «ALLODONT-LK» - THE NEW
DOMESTIC OSTEOPLASTIC MATERIALS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Отечественными и зарубежными исследователями теоретически обоснована и клинически доказана возможность управления процессом остеорепаляции посредством применения костнозамещающих материалов, поддерживающих стабильный объем окружающих костных тканей и предупреждающих потерю кости в области дефекта. В связи с этим остеопластические материалы нашли широкое применение в клинике хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и травматологии. Используемые костнопластические материалы обладают выраженным остеорегенераторным

потенциалом, аналогичны человеческой кости и биосовместимы по морфологическому строению. Однако, на практике далеко не всегда применение стимуляторов регенерации приводит к ожидаемому положительному результату. В связи с этим перед практикующим клиницистом встает проблема выбора остеопластического материала, способного обеспечить положительный результат лечения и не требующего значительных финансовых затрат.

В настоящее время при операциях применяются 4 типа остеопластических материалов: 1. Аутологичный костный трансплантат – кость, взятая у самого пациента; 2. Аллогенный костный трансплантат – донорский материал, полученный от других людей; 3. Ксеногенный костный трансплантат – донорский материал, взятый у животных; 4. Синтетический материал (эксплант) – материал искусственного происхождения.

Аллогенный материал имеет преимущество в том, что его можно хранить и создавать банки костного материала. Доказано, что формализированные костные аллотрансплантаты по пластическим свойствам сходны с аутокостью. Растворы формальдегида сохраняют биологические свойства тканей, защищают ткань от ишемических повреждений, подавляют антигенность, бактериостатичны. Как известно, зуб состоит из неорганической минеральной матрицы и каркаса коллагеновых волокон и протеинов. В процессе производства костнопластического материала из зуба здорового человека (аллогенный зуб) не происходит удаления органической составляющей и минеральной основы, состоящей из микротоннелей и микрокапилляров между кристаллами апатита. Минеральная матрица аллогенного зуба по химическому составу, морфологии и ультраструктуре очень близка к кости человека.

Процесс производства алломатериала из зуба включает в себя воздействие антисептика в течение более 5 часов и специфические процессы химической очистки с помощью формальдегида. В настоящее время формалиновая инактивация является принятым методом обработки, эффективность которого была доказана на примере многолетних исследований.

В ходе исследования был накоплен опыт использования разработанного нами костнопластического материала «АЛЛОДОНТ-Л», изготовленного из здоровых зубов человека, удаленных по поводу их ретенции, при одонтогенных кистах челюстей, сверхкомплектных

зубов, зубов, удаленных из линии перелома и консервированных в слабом растворе формальдегида. Нами впервые обоснована и подтверждена целесообразность применения данного материала для заполнения костных дефектов челюстных костей.

Цель. Разработка методики получения аллокостнопластического материала, экспериментальное изучение влияния костнопластических материалов «АЛЛОДООНТ-ЛК», «КСЕНОДООНТ-Л», изготовленных из удаленных здоровых зубов человека и лабораторных крыс на костную регенерацию.

Материалы и методы. После забоя крыс (под эфирным наркозом) вычленились их челюстные кости. С соблюдением правил асептики и антисептики из челюстей удалялись зубы после того, как при помощи алмазного бора и турбинной бормашины с зубов спиливалась эмаль. Затем крысиные зубы прокатывались через стоматологические вальцы, в результате чего получали мелкую зубную крошку. При необходимости полученный зубной порошок дополнительно измельчали в керамической ступке, после этого промывали его водой и заливали на месяц 0,5% раствором формалина. Приготовленный материал хранили в бытовом холодильнике в стерильных флаконах с этикетками, указывающими название материала, способ консервации, дату изготовления, срок годности.

Результаты и обсуждение. При экспериментальном изучении особенностей применения костнопластических препаратов «КСЕНОДООНТ-Л» (изготовленного из удаленных здоровых зубов человека и лабораторных крыс) «АЛЛОДООНТ-ЛК» (изготовленного из здоровых удаленных зубов лабораторных крыс) и особенностей регенерации костного дефекта бедренной кости лабораторных беспородных животных (белых крыс) они продемонстрировали хорошую переносимость и пластические свойства, исключающие отторжение трансплантата от органа реципиента.

Заключение. Результаты нашего опыта изготовления, консервации формалином, хранения и применения аллогенного костнопластического материала, изготовленного из здоровых удаленных зубов лабораторных крыс «АЛЛОДООНТ-ЛК» и изготовленного из здоровых удаленных зубов человека для экспериментальных исследований на лабораторных животных «КСЕНОДООНТ-Л» и результаты наших экспериментальных исследований качества созданного продукта свидетельствуют о том, что его получение несложное, не требует

значительных материальных затрат и найдет широкое применение в экспериментальной медицине и клинической практике.

УДК 616 - 089.5: 617 - 089 «312»

Е.А. Гаргат^{1,2}, М.Ю. Ткачева², Д.А. Филатов¹, А.Д. Стадник²,
Г.Н. Роечко¹

**МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ:
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*¹ГУ ЛНР «Луганский Республиканский противотуберкулезный
диспансер», Луганск, ЛНР*

²ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР

E.A. Gargat^{1,2}, M.Yu. Tkacheva², D.A. Filatov¹, A.D. Stadnik², G.N.
Roenko¹

**MULTIMODAL ANALGESIA: THE MODERN LOOK ON
ANALGECING IN TURKAL SURGERY**

¹SU LPR "Lugansk Republican Antituberculosis Dispensary", Lugansk, LPR

²SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Проблема хирургического лечения туберкулеза легких представляет немалый интерес в связи с ростом как заболеваемости, так и частоты выявления лекарственной устойчивости к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. При высокой эпидемиологической опасности данного контингента пациентов оперативное лечение нередко выходит на передний план, являясь единственным методом, способным остановить прогрессирующее заболевание. Серьезную проблему представляет высокая травматичность выполняемых резекционных и коллапсохирургических вмешательств. В послеоперационном периоде возникает выраженный болевой синдром, трудно купируемый традиционными схемами терапии, который неизбежно влечет за собой выраженный эндокринно-метаболический ответ.

В настоящее время не существует идеального анальгетика или метода лечения острой послеоперационной боли. Приблизиться к решению проблемы адекватности послеоперационного обезболивания можно лишь реализуя в клинике концепцию мультимодальной анальгезии. Подобный подход предусматривает одновременное назначение двух и более анальгетиков или методов обезболивания, обладающих различными механизмами действия и позволяющих до-

стичь адекватной анальгезии при минимуме побочных эффектов. Мультиmodalная анальгезия в настоящее время считается методом выбора послеоперационного обезболивания. Ее базисом является назначение комбинаций неопиоидных анальгетиков, которое у пациентов с болевым синдромом средней и высокой интенсивности сочетается с использованием опиоидов и методов регионарной анальгезии.

Цель работы: оценить эффективность применения принципов мультиmodalной анальгезии при торакотомических резекционных операциях у пациентов с легочными формами туберкулеза.

Материалы и методы. В исследование включено 114 пациентов с легочными формами туберкулеза, из них по программе мультиmodalного обезболивания прошло 57 человек, составивших первую группу. Вторая группа, представлена 57 пациентами, оперированными в 2015-2016 годах, до внедрения принципов мультиmodalной анальгезии. Исследуемые группы больных были сопоставимы по половому составу, возрастному профилю, степени анестезиологического риска, объему, характеру и длительности оперативного вмешательства. Решение о использовании опиатов в послеоперационном периоде, принималось с учетом результатов оценки по визуальной аналоговой шкале, где ожидаемый целевой уровень анальгезии в покое был принят в 3 балла. Оперативные вмешательства проводились в условиях общей поликомпонентной анестезии с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным методом. Выключение сознания, миорелаксация и анальгезия достигались введением короткодействующих анестетиков и миорелаксантов.

В первой группе, с целью превентивного обезболивания использовался парацетамол 1000мг, в премедикацию включали кетонал 100 мг, за 30-60 минут до начала операции. В дальнейшем проводилась эпидуральная анальгезия или инфильтрация раствором местного анестетика и последующая катетеризация паравerteбрального пространства. Достижение анальгезии в послеоперационном периоде у первой группы осуществлялось в рамках мультиmodalного подхода, введением нестероидных противовоспалительных препаратов и ингибиторов циклооксигеназы-2, регионарной анестезией, при необходимости - опиатами.

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

Результаты и обсуждение. Внедрение в практику анестезиологического обеспечения торакальных оперативных вмешательств у пациентов с легочными формами туберкулеза программы мультимодального обезболивания, позволило свести к минимуму использование опиоидных анальгетиков. Так в первые сутки после операции потребность в морфине у пациентов первой группы составила $13,0 \pm 0,2$ мг на пациента, при сохранении должного уровня обезболивания. Во второй группе для поддержания достаточной анальгезии приходилось использовать до $35,0 \pm 0,4$ мг морфина на пациента ($p < 0,05$). Потребность в морфине во вторые и третьи сутки после вмешательства составила $8,0 \pm 0,1$ мг у пациентов первой группы и $20,0 \pm 0,3$ мг у пациентов второй группы.

Сравнительный анализ длительности нахождения пациента на хирургической койке, дал следующие результаты: первая группа – $14,0 \pm 0,5$ дней, вторая группа – $20,0 \pm 0,7$ дней ($p < 0,05$).

Таким образом сокращение времени пребывания на хирургической койке и снижение потребности в обезболивании наркотическими анальгетиками, явилось показателем эффективности использования концепции мультимодального обезболивания у пациентов с легочными формами туберкулеза, что позволило значительно сократить материальные и трудовые затраты на их лечение.

Заключение. Применение принципов мультимодальной анальгезии позволяет значительно снизить потребность в наркотических анальгетиках, при сохранении адекватного уровня анальгезии.

УДК 616.128-006.8-025

Г.А. Городник, И.А. Андропова, М.А. Андропова,
К.Г. Городник, Е.Г. Городник

**КОРРЕКЦИЯ ГЛУТАМАТНОЙ ЭКСАЙТОТОКСИЧНОСТИ У
ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

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

irina.andronova2011@yandex.ua

G.A. Gorodnik, I.A. Andronova, A.M. Andronova, K.G. Gorodnik,
E.G. Gorodnik

**THE CORRECTION OF GLUTAMATE EXCITOTOXICITY IN
PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY**

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение на госпитальном этапе у пациентов с тяжелой ЧМТ эффективности нейропротекции препаратами амантадином сульфатом и фенилпирацетамом за счет ранней коррекции глутаматной эксайтотоксичности.

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента с диагнозом тяжелой черепно-мозговая травма. 1-я группа состояла из 30 пациентов, получавших терапию по стандартному протоколу. 2-я группа состояла из 30 больных, получавших, кроме терапии по протоколу, препарат амантадин (ПК-Мерц), который применяли в дозе 1000 мл (400 мг) в сутки внутривенно медленно капельно. 3-я группа состояла из 32 больных, получавших, кроме терапии по протоколу, препарат фенилпирацетам (Энтроп) через зонд. Зафиксированные нами в ответ на применение амантадина и фенилпирацетама ЭЭГ изменения (снижение δ -, рост α - и β_1 - и β_2 - ритмов) отражали падение активности глутаматэргической системы.

Выводы. Применение амантадина (ПК-Мерца) и фенилпирацетама (Энтропа) в острейшем периоде тяжелой ЧМТ обуславливало статистически значимое снижение риска смерти ($p=0,050$). Менее выраженный антиглутаматный эффект Энтропа, скорее всего, связан с энтеральным введением препарата.

УДК 616.345-006-007.251-089.853

А.Г. Гринцов, Г.Г. Пилюгин, А.Б. Матийцев, Г.А. Гринцов
К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

A.G. Grintsov, G.G. Pilyugin, A.B. Matijstv, G.A. Grincov
TO THE QUESTION OF IMPROVING THE EFFICIENCY OF
TREATMENT OF PATIENTS WITH PERFORATION OF THE TUMOR
OF THE COLONIC INTESTINE

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

Актуальность. Проблема лечения перитонитов, обусловленных префорацией опухоли толстой кишки, у лиц пожилого и старчес-

кого возраста, несмотря на множества методов детоксикации остается актуальной до настоящего времени.

Цель: изучить эффективность программированной лапаростомии у данной группы больных.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 больных с признаками перитонита, обусловленного перфорацией опухоли толстой кишки. От момента перфорации до поступления в стационар прошло от 3 до 72 часов. После обследования и предварительной предоперационной подготовке всем больным выполнена лапаротомия с одним из видов колостомий (операция Гартмана, операция Микулича, разгрузочная колостома). Все больные были разделанные на 2 группы, которые сопоставимы по полу, возрасту, тяжести общего состоянию и времени от момента предполагаемой перфорации. В I группе – 32 больных проводили наряду с плазмозферезом и лимфособцией перитонеальный диализ, во II – 36 больных программированную лапаростомию.

Результаты и их обсуждения. Во II группе всем больным выполнялись программированные лапаростомии через 24, 48 или 72 часа, при чем у 22 больных выполнено от 2х до 4х лапаростомий. Тогда как в I группе на фоне проводимой терапии при прогрессировании признаков перитонита 19 больным выполнена релапаротомия.

В I группе умерло 10 больных, тогда как во II - 7 больных. Программированная лапаротомия позволяет проводить не только полную санацию брюшной полости, но и визуально оценить динамику гнойного процесса. Тогда как об эффективности использования перитониального диализа в комплексном лечении данной патологии можно судить лишь по клиническим и биохимическим показателям.

Выводы. Управляемая лапаротомия в комплексном лечении перитонита, вызванного перфорацией опухоли толстой кишки наиболее эффективна и целесообразна при данной патологии.

УДК 616-001.45

В.Р. Деменков
**ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ ЛИЦА
И ШЕИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ВОЕННОГО
КОНФЛИКТА**

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

FIRE-FIGHTING ENVIRONMENTS OF ENT-ORGANS IN THE CONDITIONS OF MODERN MILITARY CONFLICT

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Особенности раневой баллистики современных ранящих снарядов и характер огнестрельных ранений ЛОР-органов лица и шеи.

В настоящее время создано множество образцов огнестрельного оружия, которые можно разделить на две большие группы. В первую группу входит огнестрельное оружие, поражающим элементом которого является пуля. Вторую группу составляют боеприпасы взрывного действия, это осколки, шарики, стреловидные элементы и ударная волна. В зависимости от скорости полета пули различают низкоскоростные (300-400 м/сек до 700 м/сек.), высокоскоростные (800-900 м/сек.), сверхскоростные (более 1000 м/сек.).

Летающая пуля спрессовывает перед собой воздух, образуя головную ударную волну, Этот спрессованный столбик воздуха при контакте с кожей вызывает ее растрескивание, и пуля устремляется в это отверстие, расширяя его. Внедрившаяся в мягкие ткани пуля, как поршень гонит вперед этот воздух, который рвет и расслаивает их. Осколки гранат, снарядов, мин не обладают такими свойствами как пуля, они летят со скоростью 2 км /сек, и поэтому беспорядочно вращаясь, не перемещаются на большие расстояния, быстро тормозятся в тканях, отдавая им максимум энергии за несколько микросекунд, это приводит к эффекту «внутреннего взрыва» - разновидности бокового удара. Именно здесь и происходят наиболее тяжелые повреждения органов и тканей. Боковой удар некоторые авторы называют гидродинамическим. Это обусловлено большим содержанием воды в тканях. Н.И. Пирогов назвал это молекулярным сотрясением. При морфологическом исследовании в этой зоне обнаруживались участки кровоизлияния и некроза.

Различают два вида поражающего действия ранящего снаряда: прямое (прямой удар) и непрямое (боковой удар). Прямое действие проявляется возникновением раневого канала, образованием в его стенках разрывов, размождений, расщеплений тканей. Непрямое действие характеризуется возникновением глубоких функциональных расстройств, заключающихся в обширных морфологических изменениях (кровоизлияниями, тромбозом сосудов, некрозом тканей). Зона бокового удара располагается кнаружи от

тканей, испытавших на себе влияние прямого действия огнестрельного снаряда, т.е. по периферии раневого канала. В ширину она может достигать от 0,5-1,0 см до нескольких сантиметров, что зависит от строения тканей, массы и скорости огнестрельного снаряда.

При прохождении высокоскоростной пули через мягкие ткани в них возникает временная пульсирующая полость в десятки раз превосходящая диаметр пули. Эта полость за 5-10 микросекунд успевает совершить несколько сотен пульсаций, выбрасывая из раны обрывки тканей по ходу и против хода раневого канала (И.В. Давыдовский, 1952; С.П. Колесов, 1975).

Ранение высокоскоростными снарядами кости также сопровождается возникновением временной пульсации полости. Происходит разбрасывание костных осколков. При возникновении внутрикостного взрыва кости превращаются в костную пыль. При повреждении низкоскоростными пулями не возникает временной пульсирующей полости (пистолет Макарова и ТТ). Однако, если выстрел произведен в упор, всегда взрывной эффект налицо.

При огнестрельных ранениях лица ЛОР-органов лица черепно-мозговые травмы встречались у 35,7% пострадавших. При ранении мягких тканей шеи, сотрясения и ушибы головного мозга имелись у 4,9% раненых, вследствие распространения ударной волны крови на мозговое вещество по ходу крупных кровеносных сосудов.

Прохождение пули рядом с шейным отделом позвоночника вызывает его сотрясение, которое в лучшем случае осложняется нарушением функции верхних конечностей, а в худшем – смертью раненого, вследствие восходящего отека спинного мозга и вклиниванием его в большое затылочное отверстие. Раненые в шею с повреждением сосудов, гортани в госпиталь поступали редко, так как погибали на поле боя или на этапах эвакуации от кровотечения или удушья.

В последние годы врачам любого профиля все чаще приходится сталкиваться с пострадавшими, получившими огнестрельные ранения лица и шеи в мирное время. Кроме того, огнестрельные ранения мирного времени часто оказываются тяжелее полученных в боевой обстановке, так как они наносятся с близких расстояний или в упор несколькими пулями, нередко в голову жертвы производят контрольный выстрел. Приобретенный опыт лечения 522 раненых в Афганистане может оказаться полезным врачам-отоларингологам, челюстно-лицевым хирургам, офтальмологам, хирургам, нейрохи-

руграм, анестезиологам-реаниматорам и другим специалистам. К сожалению, в настоящее время раздел огнестрельной травмы ЛОР-органов лица и шеи не включен в учебники для студентов медицинских вузов, программы подготовки интернов и клинических ординаторов. Поэтому при диагностике и лечении ран в мирное время врачами допускается много ошибок как при оказании неотложной помощи на месте ранения, так и на этапах эвакуации, что ведет к развитию тяжелых осложнений и летальных исходов.

В наиболее представительных работах, обобщавших опыт Отечественной войны (Т. 27 Военно-медицинской энциклопедии), отмечено, что ранения ЛОР-органов (как ведущие) имели место у 1,6 % всех раненых, в том числе 0,8% составляли изолированные и 0,8% - ранения ЛОР-органов в сочетании с ранениями других областей тела. Кроме того, у 1,7% раненых с другими локализациями ведущих огнестрельных травм имелись сопутствующие ЛОР-ранения. Таким образом, в тот период в оториноларингологической службе нуждались 3,3% всех раненых огнестрельным оружием.

Установлено, что среди основных ЛОР-ранений пули, как вид ранящего снаряда, имелись в 32,2%, а осколки - 66,1%. Отмечено, что среди раненых осколками, удельный вес ранений головы и ЛОР-органов оказался большим, чем среди раненых пулей, в то же время пулевые ранения оказались более тяжелыми. В целом за период Отечественной войны ранения шеи составляли 66,3%, носа - 23,6% и уха - 9,97% (С.С. Сафрай, 1944; Н.Н. Лозанов, 1946; Б.А. Алексеев, 1954; Н.Н. Костров, Ю.К. Ревской 1979; В.Р. Гофман, 1995).

Статистические данные периода Отечественной войны, базирующиеся на работе специализированных госпиталей действующих армий и внутренних районов, показали, что пострадавшие с огнестрельными ранениями ЛОР-органов и шеи составляли 3,5-4,0% общего количества госпитализированных раненных, а ЛОР-контуженных - 2% всех пораженных боях.

В соответствии с общехирургическим подходом к боевой огнестрельной травме, следует различать пулевые и осколочные ранения, слепые, сквозные, касательные, проникающие и непроникающие ранения, изолированные и сочетанные.

К проникающим ранениям лица относятся ранения с повреждением носа, околоносовых пазух, уха, орбиты, сосцевидного отростка. К проникающим ранениям шеи относятся все ранения, при которых

повреждается эндоцервикальная фасция, окутывающая органы (глотку, гортань, трахею, сосудисто-нервный пучок и сами органы).

По современным представлениям структура огнестрельной раны любой локализации складывается из резидуального раневого канала, возникающего вследствие непосредственного разрушения тканей на пути ранящего снаряда из зоны непрямого повреждения их, вызванного образованием временно пульсирующей области. С ней связывают тяжесть и разрушение органов и тканей. Огнестрельные раны настоящего времени отличаются от прошлых войн частым сочетанным поражением нескольких анатомических областей. При стрельбе устойчивой пули калибра 7,62 мм повреждения тканей в основном определялись в зоне раневого канала и на 1-2 см по периферии от него. Площадь входных отверстий этих пуль в среднем равна 26 мм², выходных- 61 мм². Однако огнестрельные ранения, наносимые этими пулями с близкого расстояния или в упор, также сопровождаются обширными разрушениями тканей в области выходных отверстий вследствие возникновения «взрывного эффекта». При внедрении в ткани огнестрельных снарядов, летящих со скоростью 600-700 м/с, наблюдается «эффект разбрызгивания» и выброс фрагментов мягких тканей через выходное отверстие. Особой тяжестью повреждения тканей и органов отличаются ранения с разрушением кости наносимые с близких расстояний. В этих случаях костные осколки, как вторичные снаряды, повреждают ткани не только по ходу раневого канала, но и на значительном расстоянии от него, что существенно ухудшают течение раневого процесса.

При использовании стрелкового оружия с уменьшенным калибром 5,45-5,56 мм, с высокой начальной скоростью полета пули, площадь входных отверстий составляет 7 мм, выходных – 3660 мм. Эти пули имеют начальную скорость около 1000 м/сек за счет облегчения веса и уменьшения калибра. Кроме того, они сконструированы таким образом, что после вхождения в ткани теряют устойчивость и начинают вращаться вокруг своей поперечной оси («кувыркаются»). В результате этих конструктивных особенностей увеличивается ударная поверхность этих пуль, намного возрастает разрушительное действие.

Анатомо-физиологические особенности лица, шеи и огнестрельные ранения. Характер огнестрельного ранения, течение

раневого процесса зависит не только от вида ранящего снаряда, но и от анатомических и физиологических особенностей лица и шеи. Повреждения, богатой сосудистой сети лица, сопровождается сильным кровотечением, которое в ряде случаев может приводить к развитию геморрагического шока. Прохождение ранящего снаряда рядом с крупными сосудами заставляет вибрировать их вместе со стенками, создаваемые снарядом пульсирующей полости. Внутри крупных сосудов мощная ударная волна крови. Распространяясь вверх, она наносит удар изнутри по веществу головного мозга, что формирует картину ушиба его. С другой стороны, богатое кровоснабжение лица, прекрасная микроциркуляторная сеть, которая обеспечивает высокий темп полноценной репаративной регенерации тканей.

Следует отметить, не только богатую микроциркуляторную сеть сосудистой системы лица, но и быстрой активации коллатералей (резервные сосуды), обычно не участвующих в кровообращении и открывающихся только в стрессовых ситуациях.

Богатая и разнообразная иннервация лица имеет два важных значения. Разрушение больших участков тканей сопровождается повреждением огромного количества чувствительных нервов и их окончаний. Это сопровождается огромным потоком болевых импульсов в головной мозг, что может приводить к возникновению травматического (болевого) шока. Повреждения огнестрельным снарядом ствола или ветвей лицевого нерва сопровождается параличом мимической мускулатуры лица с тяжелыми последствиями.

Травматические повреждения двигательных ветвей тройничного нерва сопровождается нарушением жевательной функции. В то же время, богатая, хорошо сбалансированная нервная система обеспечивает тонкую корреляцию обменных процессов, что положительно влияет на регенераторные возможности тканей лица.

УДК 615.273:616-006.448+616.155.394

И.В. Дичанская*, Д.А. Климова*, А.Б. Благодаренко**,
О.А. Реброва**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НЕУЛАСТИМ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ С ГЛУБОКОЙ ЛЕЙКОПЕНИЕЙ

ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница»*

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

I.V.Dichanskaya, D.A.Klimova, A.B.Blagodarenko, O.A.Rebrova
**PRACTICE OF MEDICINE NEULASTIM INTRODUCTION IN
MULTIPLE MYELOMA PATIENTS WITH DEEP LEUCOPENIA**

State Establishment LPR «Lugansk Republican Clinical Hospital»,
SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR ***

Актуальность. Проведение курсов полихимиотерапии (ПХТ) у больных множественной миеломой (ММ) с глубокой лейкопенией затруднено в связи с ожидаемой цитопенией.

Цель работы: Оценить эффективность применения препарата гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) Пэгфилграстим (Неуластим) для коррекции имеющейся лейкопении у больных с ММ до начала курса ПХТ.

Материалы и методы. Наблюдение проведено у четырех больных с ММ: 3 мужчины и одна женщина в возрасте от 52 до 67 лет. Диагноз ММ уточнен на основании данных миелограммы (плазматические клетки от 26,5 до 57%), наличия патологического градиента в протеинограмме (градиент в γ 2-зоне образован Gк с величиной от 27 до 45% от общего белка) и в моче (подтвержден парапротеин Gк). У трех из четверых пациентов при проведении рентгенографии и сцинтиграфии скелета обнаружены участки остеодеструкции. В клиническом анализе крови до начала первого курса ПХТ уровень лейкоцитов составлял от 1,8 до 2,2 $\times 10^9$ /л. Препарат Г-КСФ Неуластим применялся в дозе 6 мг подкожно за 72 до начала 1 курса ПХТ и через 24 часа после окончания каждого курса ПХТ. Проведено по 6 курсов ПХТ по протоколу МРТ (мелфалан 9 мг/кв.м 1-4 день– преднизолон 60 мг/кв.м 1-4 день– талидомид 100 мг 1-28 дни).

Результаты и обсуждение. После введении Неуластима до начала 1 курса ПХТ через 72 часа уровень лейкоцитов повышался почти в два раза, до показателей 3,5 – 4,5 $\times 10^9$ /л. В конце курса ПХТ уровень лейкоцитов оставался выше 3,0 $\times 10^9$ /л. Повторное введение Неуластима через 24 часа после окончания каждого курса ПХТ удерживало уровень лейкоцитов до начала очередного курса ПХТ в пределах от 3,1 $\times 10^9$ /л до 4,9 $\times 10^9$ /л, что позволяло соблюдать протокол лечения заболевания. Выраженных нежелательных явлений на введение препарата Неуластим не зарегистрировано.

Заключение. Данные проведенного наблюдения по использованию Г-КСФ пегилированной формы филграстима препарата Неуластим у

больных ММ с глубокой лейкопенией показали его эффективность в плане поддержания уровня лейкоцитов, необходимого для проведения курсов ПХТ; хорошую его переносимость больными; возможность применения его до начала первого курса ПХТ за 72 часа.

УДК 616.45-089.819

В.В. Долгополов, Д.О. Кузьмачук, Н.В. Скибин
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ ФУРНЬЕ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
dr-dolgopolov@mail.ru

V.V. Dolgoplov, D.O. Kuzmachuk, N.V. Skibin
EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF FOURNIER PHLEGMON IN
PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность: Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют треть всех хирургических больных, большинство послеоперационных и посттравматических осложнений связано с неспецифической гнойной инфекцией. Среди всех изученных и хорошо знакомых хирургии гнойно-воспалительных состояний, имеются те, которые встречаются достаточно редко, именно по этой причине, диагностика и как следствие лечение, таких заболеваний, часто бывает затруднено. Достаточно редким заболеванием, которое часто приводит к неблагоприятному исходу для больного, является Флегмона Фурнье. На данный момент, этиология и патогенез данного заболевания недостаточно изучены. В связи с этим, крайне часто возникают проблемы диагностики и лечения этого, достаточно редкого, гнойно-воспалительного состояния.

Цель: Изучить основные звенья и направления консервативного и оперативного лечения у больных с флегмоной Фурнье и сахарным диабетом. Данное изучение основано на клиническом наблюдении больной, поступившей в хирургическое отделение ЛГКМБ №1.

Материалы и методы. Изучению была представлена больная, госпитализированная в хирургическое отделение с клинической картиной интоксикационного, астено-вегетативного синдрома. При осмотре, общее состояние больной расценено как тяжелое. Больная предъявляла жалобы на: слабость, жажду, повышение температуры тела до 39,0 с ,боли в области промежности и левой

ягодицы. Считает себя больной в течении 7ми дней, в поликлинику за помощью не обращалась. Доставлена в приемный покой 1ГБ бригадой скорой помощи.

Результаты и обсуждение. Локальный статус: в перианальной области слева и левой ягодицы определяется, зона гиперемии, перифокального отека, с размягчением по центру, симптом флюктуации положителен. Поставлен диагноз острый парапроктит. При осмотре эндокринологом и терапевтом определено, что больная страдает гипертонической болезнью 2 ст и сахарным диабетом второго типа. Было назначено экстренное оперативное лечение после предварительной предоперационной подготовки. В условиях спинномозговой анестезии было произведено вскрытие, санация, дренирование гнояника. Выполнен бактериологический посев из раны с определением антибиотикограммы.

Назначено лечение по следующим направлениям: 1. дезинтоксикационная терапия (Глюкоза 5% - 500 мл, Реамберин - 400 мл, NaCl - 1500 мл, р-р Рингера - 400 мл) 2. Антибактериальная терапия, по результатам антибиотикограммы (цефтриаксон 3,0 г/сут, метронидазол 200 мл/сут) 3. Противовоспалительная терапия (Диклофенак 3.0 мл, дексаметазон 8 мг) 4. антитромбоцитарная терапия (гепарин 5000 ЕД 2р/д, тромбо АСС) 5. ПСС 3000 МЕ, СА 1,0 мл по Безредко. 6. Гипотензивная терапия (эналаприл 10 мг) 7. Сахароснижающая терапия (Инсулин по схеме, диабетон 60мг, Сиофор 1000 мг).

На фоне назначенного лечения, общее состояние больной стабилизировалось, интоксикационный и астено-вегетативный синдромы регрессировали. Состояние раны прогрессивно ухудшалось, очаги некроза распространялись. В ходе лечения хороший эффект показали, смена комбинаций антибиотиков и противогрибковых препаратов (в соответствии с результатами антибиотикограммы), плановые некрэтомии и применение комбинаций антисептических средств при условии стабилизации соматического фона и уровня гликемии. У больных с тяжелыми гнойно-некротическими поражениями в сочетании с сахарным диабетом, целевой уровень глюкозы крови является 6-7ммоль/л). За время нахождения в стационаре, схема инсулинотерапии менялась неоднократно, до тех пор, пока не был достигнут целевой уровень гликемии.

За время лечения, гнойно-некротический процесс распространился на всю левую ягодицу, промежность и внутреннюю поверх-

ность левого бедра. При помощи вышеуказанных лечебных мероприятий, распространение некроза удалось остановить, рана очистилась, появились одиночные грануляции. Суммарная площадь дефекта кожных покровов и мягких тканей составила приблизительно 6 процентов от общей площади поверхности тела. Больная направлена в ожоговый центр, для решения вопроса об оперативном закрытии дефекта мягких тканей.

Заключение. Эффективность лечения больных с тяжелыми гнойно-некротическими поражениями достигается путем соблюдения следующих условий: 1) Выполнение ранних некрэктомий, что способствует более раннему «очищению» раны от некротических масс и ускорению выздоровления пациента. 2) Целенаправленное применение антибиотиков по строгим показаниям, исходя из результатов антибиотикограммы. 3) Стабилизация общесоматического состояния и витальных функций больного, путем коррекции уровня гликемии, кислотно-основного и электролитного баланса, метаболизма, системы свертываемости крови, устранения интоксикации и гиповолемии. 4) Лечение сопутствующей патологии при помощи консультаций смежных специалистов.

УДК 611.451:59.085+615.37

С.А. Кащенко¹, С.Н. Семенчук¹, А.А. Захаров¹, А.В. Цымбалюк²
**МОРФОСТРУКТУРА НАДПОЧЕЧНИКОВ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ
 МЕТОТРЕКСАТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ**

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

² Луганский республиканский клинический онкологический диспансер,
 Луганск, ЛНР

S.A. Kashchenko¹, S.N. Semenchuk¹, A.A. Zakharov¹,
 A.V. Tsymbalyuk²

**MORPHOUSTRUCTURE OF THE ADRENAL GLANDS OF WHITE
 RATS IN METTOTREXAT-INDUCED IMMUNOSUPPRESSION**

¹ SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

² Lugansk Republican Clinical Oncology Center, Lugansk, LPR

Актуальность. С каждым годом количество людей с различными нарушениями иммунного статуса неуклонно растет, поскольку иммунная система является одной из наиболее подверженных влиянию эндо- и экзогенных факторов. Одним из ключевых нейроэндокринных механизмов стресс-реакции являет-

ся активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы основным эффекторным звеном которой являются надпочечники. По состоянию этого органа можно судить об адаптации организма к воздействию неблагоприятных факторов экзогенной и эндогенной природы. Метотрексат – цитостатический препарат обладающий выраженным иммуносупрессивным эффектом даже в низких дозировках, благодаря чему он активно используется в лечении больных с онкологическими, аутоимунными и другими группами заболеваний. В тоже время, в доступной литературе нет данных о морфореактивности надпочечников после моделирования иммуносупрессии путем введения метотрексата в эксперименте.

Цель: изучение динамики органометрических параметров надпочечников белых крыс репродуктивного периода после применения метотрексата в эксперименте.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на 60 белых беспородных крысах-самцах молодого возраста репродуктивного периода. Животные были разделены на две группы. Первая группа (экспериментальная) включала в себя животных, получавших однократно метотрексат в дозировке, приводящей к иммуносупрессии (10мг/м² площади тела). Во вторую группу (контрольную) входили животные, получавшие 0,9% раствор NaCl в эквивалентном объеме. Крыс выводили из эксперимента на 1, 7, 15, 30, 60 сутки после введения метотрексата. После завершения эксперимента забор органов выполнялся с учетом действующих этических норм по работе с лабораторными животными. Извлекали правый и левый надпочечники с последующим определением их массы на торсионных весах WT-1000, рассчитывали относительную массу и измеряли линейные размеры (высоту, длину и толщину) при помощи штангенциркуля ШЦ-1. В дальнейшем рассчитывали объем органа. Полученные цифровые данные обрабатывали с использованием лицензионной программы «StatSoft Statistica v. 6.0», достоверность различий между показателями экспериментальной и контрольной групп определяли с помощью критерия Стьюдента-Фишера ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При рассмотрении динамики абсолютной массы надпочечников выявлено следующее. На 7, 15, 30 и 60 сутки после введения препарата масса органа достоверно увеличивалась на 7,93%, 19,84%, 27,27% и 5,56 % по отношению к контрольной группе соответственно срокам наблюдения. На первые сутки абсолютная масса органа также увеличилась, но это изменение оказалось статистически недостоверно.

Относительная масса органа также претерпевала выраженные изменения. Это отразилось в достоверном увеличении данного параметра на 20,89% и 24,13% по отношению к этому же показателю у интактных крыс соответственно 15 и 30 суткам наблюдения.

Линейные параметры после введения метотрексата, в сравнении с контрольными данными, изменялись следующим образом. На 15 и 30 сутки высота достоверно возрастала. На 60 сутки эта характеристика снижалась, но оставалась достоверно больше этого же значения у животных контрольной группы. Что касается длины органа, то увеличение нарастало с 7 по 30 сутки, а затем снижалось на 60 сутки, но оставалось достоверно больше этой же характеристики у животных контрольной группы. Толщина органа претерпевала схожие изменения.

Объем надпочечников крыс претерпевал наиболее выраженные изменения. Так, на седьмые сутки после окончания введения препарата, он возрстал на 18,56% по отношению к интактным животным. В дальнейшем объем железы продолжал увеличиваться и к 15 суткам разница между исследуемой и контрольной группами составляла 33,05%. Наибольшее увеличение отмечалось на 30 сутки и соответствовало 36,91%. На 60 сутки объем снижался, но оставался выше объема в контрольной группе.

Заключение. В результате выполненного исследования можно заключить следующее:

1. Однократное введение метотрексата в дозировке приводящей к иммуносупрессии белым беспородным крысам-самцам молодого возраста репродуктивного периода сопровождается активным ответом органа.

2. На первые сутки наблюдения изменения морфометрических параметров оказались статистически недостоверными.

3. Абсолютная и относительная массы, а также все линейные значения (длина, высота, толщина) превышали таковые у контроля в поздние сроки наблюдения (15, 30, 60 сутки). Среди всех параметров наибольшие изменения претерпевал объем железы на 15 и 30 сутки после окончания введения препарата.

4. Полученные результаты вызывают интерес к дальнейшему изучению микроскопического и субмикроскопического строения органа после моделирования иммуносупрессии в эксперименте.

УДК 617.55-007.43

**Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин, Д.В. Вегнер,
В.Я. Колкина, Д.П.Филахтов**

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ДИАФРАГМЫ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
Донецк, ДНР*

nauchniy-otdel@dnmu.ru

**Ya.G. Kolkin, V.V. Khatsko, A.M. Dudin, D.V. Wegner,
V.Ya. Kolkina, D.P. Filakhtov**

URGENT SURGERY OF THE DIAPHRAGM

Donetsk national medical university named after M. Gorki, Donetsk, DNR

Актуальность. Возрастающая встречаемость острых патологических состояний диафрагмы, помноженная на слабое знакомство практических врачей с этой патологией все больше привлекает внимание хирургов. Во многом ситуация усугубляется многообразием форм и вариантов клинического течения этих состояний, особенно в случаях их осложнённого течения.

Цель работы: улучшение диагностики и результатов лечения больных с острой и осложненной хирургической патологией диафрагмы.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. проф. К.Т.Овнатяня ДонНМУ за период с 2007 по ноябрь 2017 года находились на лечении 203 больных с различными видами хирургической патологии диафрагмы, из которых у 133 пациентов имели место острые клинико-рентгенологические проявления имеющейся у них патологии. У 42 пострадавших диагностированы свежие ранения диафрагмы, а у 91 пациентов констатированы осложненные формы течения различных видов диафрагмальных грыж (ущемление абдоминальных органов при ранении и грыжах диафрагмы - 15, эрозивно-язвенный эзофагит - 43, анемия - 21, пищеводно - желудочное кровотечение - 2, высокая желудочно-кишечная непроходимость, обусловленная заворотом желудка - 10). Лишь 59% пациентов с осложненными формами диафрагмальной патологии поступили в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом.

По показаниям, использовались рентгенконтрастные методы исследования внутрибрюшных органов, компьютерная томография, фиброэзофагогастродуоденоскопия и др. методики.

Результаты и обсуждение. Из общего числа наблюдаемых больных с хирургической патологией диафрагмы (203), оперировано 42 пострадавших пациентов с острыми травматическими повреждениями купола диафрагмы, а также 91 больной с различными видами диафрагмальных грыж, имеющих осложненное течение. У подавляющего большинства пациентов с ранениями диафрагмы и посттравматическими диафрагмальными грыжами, операция заключалась в мобилизации грыжевого содержимого из сращений (если таковые имелись), низведении абдоминальных органов в брюшную полость и ушивании дефекта диафрагмы. Одному больному с посттравматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту жительства, потребовалось замещение проленовой сеткой 60% левого купола диафрагмы и значительного участка перикарда. У 87 пациентов с осложненным течением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, последняя устранена с помощью разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации № 764665).

Умерли 5 оперированных больных (1 – в связи с тромбоэмболией ствола легочной артерии и 2 - в результате отека легких и головного мозга, возникших после операции, в связи с дооперационной пролонгацией полной высокой желудочно-кишечной непроходимостью), двое с тяжелой сочетанной травмой, ввиду запоздалой доставки пациентов в специализированное учреждение. Остальные пациенты выздоровели.

Заключение. Наш опыт свидетельствует о возрастающей встречаемости приведенных патологических состояний, к сожалению, далеко не всегда узнаваемых практическими врачами, что нередко обуславливает запоздалое лечебное пособие пациентам.

УДК 616.36-001.3-06:616.26-001.31

Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин, А.Е. Кузьменко,

В.Я. Колкина, Д.П. Филахтов

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С КОНТУЗИЕЙ
ИЛИ РАЗРЫВОМ ДИАФРАГМЫ**

Донецкий национальный медицинский университет

им. М.Горького, Донецк, ДНР

nauchniy-otdel@dnmu.ru

Ya.G. Kolkin, V.V. Khatsko, A.M. Dudin, A.E. Kuzmenko,
Ya.G. Kolkina, D.P. Filachtow

POSTTRAUMMATIC CLOSED LIVER DAMAGE IN CONJUNCTION WITH CONTUSION BY RUPTURE THE DIAPHRAGM

Donetsk national medical university named after M. Gorki, Donetsk, DNR

Актуальность. Повреждения печени относятся к тяжелым травмам. В мирное время частота их составляет 21 – 28%, причем закрытые повреждения наблюдаются в 26 – 51% случаев. Летальность при закрытых травмах печени составляет 12 – 52%. Болевой шок, контузия или разрыв диафрагмы значительно утяжеляют состояние пострадавших.

Цель работы - улучшение результатов лечения больных с закрытыми повреждениями печени, контузией или разрывом купола диафрагмы.

Материалы и методы. С 2007 по 2017 гг. в абдоминальном отделении клиники хирургии им. К.Т.Овнатаняна находился на лечении 441 больной с механическими травмами различных органов брюшной полости. Из них у 63 (14,3%) человек имело место закрытое повреждение печени различного генеза. В сочетании с травмой печени, у 28 больных имелось нарушение функции или структуры правого купола диафрагмы (разрыв купола – 23, контузия - 5). Методами диагностики имеющихся нарушений являлись: обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), лапароцентез, лапароскопия.

Результаты и обсуждение. Признаками контузии диафрагмы (по данным обзорной рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки) были: высокое стояние правого купола диафрагмы, его неподвижность, смещение средостения влево. У одного пациента наблюдалось «коромыслообразное» движение куполов диафрагмы. При разрывах правого купола диафрагмы рентгенологически отмечено уменьшение правого легочного поля, ателектаз нижней доли правого легкого. Компьютерная томография позволяет в ряде случаев выявить пролапс части печени в правую плевральную полость.

Жизненные показания требуют выполнения хирургического вмешательства в наиболее ранние сроки после травмы. Для остановки кровотечения из поврежденных сосудов печени применяли разработанные в клинике изобретения - “Способ ушивания

паренхиматозных органов и устройство для его осуществления” (патент № 63618 А от 15.01.2004 г.) и “Кровоостанавливающий зажим” (патент № 63763 А от 15.01.2004 г.). Основными показаниями к резекции печени являлись ранения печени с повреждением долевых и сегментарных сосудов и нежизнеспособность печеночной ткани при ее размозжении. При наличии разрыва диафрагмы, последняя ушивалась двухрядным швом.

Умерли 8 человек, что составило 12,7%. Причиной смерти у 4 из них оказалось массивное кровотечение, у 3 – перитонит, у 1- печеночно-почечная недостаточность.

Заключение. Таким образом, основными методами диагностики рассматриваемой патологии, являются обзорная рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки, УЗИ, КТ груди и живота, лапароцентез или лапароскопия. Основным принципом хирургического лечения данной категории больных – использование минимальных по объему оперативных вмешательств.

УДК 616.381-001.31/ .35

**Я.Г.Колкин, В.В.Хацко, А.Е.Кузьменко, Н.А.Нестеров,
В.Н.Войтюк, Д.П.Филахтов**

**ТЯЖЕЛАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДИАФРАГМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
ДДЦ ДоКТМО, Донецк, ДНР
nauchniy-otdel@dnmu.ru*

**Ya.G.Kolkin, V.V.Hatsko, A.E. Kuzmenko, N.A.Nesterov,
V.N. Voytuk, D.P. Filachtow**

**HEAVY INJURY OF ABDOMEN WITH DAMAGE
PANCREAS AND DIAPHRAGM**

*Donetsk national medical university named after M. Gorki, DCRMH,
Donetsk, DNR*

Актуальность. Тяжелая травма живота с повреждением поджелудочной железы (ТТЖ) наблюдается в 3,2 – 11,7%, с травмой диафрагмы – в 11,8%. До настоящего времени диагностика и лечение этой патологии представляет значительные трудности.

Цель работы - оптимизация диагностики и лечения больных с повреждением поджелудочной железы и диафрагмы при ТТЖ для уменьшения количества осложнений и летальности.

Материалы и методы. Проведен анализ 326 историй болезни пациентов с ТГЖ за 10 лет. Повреждения ПЖ выявлены у 83 (25,1%) чел. Мужчин было 67, женщин - 16 в возрасте 12 - 73 лет. В 8 случаях выявлено повреждение левого купола диафрагмы. Применялись следующие методы диагностики: клиничко - лабораторные, обзорная рентгенография органов грудной клетки ультразвуковой (УЗИ), лапароцентез, лапароскопия, компьютерная томография (КТ).

Результаты и обсуждение. У 34,2% чел. выявлены повреждения не только ПЖ, но и других органов (печень, селезенка, тонкая кишка, желудок и др.). В 13 наблюдениях выявлено повреждение левого купола диафрагмы. В 32 (39,4%) случаях травма возникла в результате автомобильной аварии, у 26 (31,3%) пациентов - при ударе в область живота, у 21 (25,7%) - при падении с высоты, а у 4 (3,6%) больных - при спортивных играх. Высокоинформативными методами диагностики явились: лапароцентез, лапароскопия, УЗИ (его диагностическая достоверность - 91,4%), определение амилазы крови, мочи и жидкости из брюшной полости.

Выполнены следующие операции на ПЖ: резекция поврежденной части железы и спленэктомия - у 26 человек; наложение узловых швов на рану железы с фиксацией сальника - у 26; ушивание панкреатического протока на катетере и раны железы - у 12; панкреатоюноанастомоз - у 8; дренирование сальниковой сумки - у 7, оментопанкреатопексия - у 4. У 28 (34,2%) человек оперативные вмешательства производились дополнительно на других органах (ушивание раны печени, тонкой кишки, диафрагмы и др.). Для остановки кровотечения из поврежденных сосудов применяли разработанные нами изобретения - "Способ ушивания паренхиматозных органов и устройство для его осуществления" (патент № 63618 А от 15.01.2004 г.) и "Кровоостанавливающий зажим" (патент № 63763 А от 15.01.2004 г.).

В послеоперационном периоде умерли 3 больных от гнойно-септических осложнений.

Заключение. Повреждения ПЖ при ТГЖ являются тяжелыми и трудными для диагностики, особенно в случаях повреждения диафрагмы. Информативными методами для уточнения диагноза являются: лапароскопия, лапароцентез, УЗИ, СКТ, определение уровня амилазы крови, мочи, жидкости из брюшной полости. Рациональными методами операций определены: наложение швов на рану поджелу-

дочной железы с фиксацией сальником и резекция поджелудочной железы, с применением изобретений, ушивание раны диафрагмы.

УДК 616.381-003.4-089.819

А.Е.Кузьменко, С.А. Шаталов, А.Д.Зубов, Ф.А. Греджев,
Д.М.Губанов

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ НАГНОИВШИХСЯ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
ДДЦ ДоКТМО, Донецк, ДНР
nauchniy-otdel@dnmu.ru*

A.E. Kuzmenko, S.A. Shatalov, A.D. Zubov, F.A. Gredzhev,
D.M. Gubanov

**MINOR-INVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS WHEN
PANOSTRUCTURED PSEUDO-CHRONIC PSEUDOCYSTS**

*Donetsk national medical university named after M. Gorki, DCRMH,
Donetsk, DNR*

Актуальность. В настоящее время существует несколько подходов к лечению псевдокист поджелудочной железы (НПКПЖ). Наиболее распространенными из них являются: оперативное лечение, аспирация и дренирование под контролем лучевых методов визуализации (УЗИ, КТ) дренирование под контролем лапароскопии.

Цель работы: разработка алгоритма выбора оптимального метода (или методов) лечения (НППЖ).

Материалы и методы. С 2012 г. по 2017 г. проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 женщины) в возрасте 17-68 лет, с НПКПЖ диаметром 4-21см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (27 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 – УЗ- контроль, 9 – КТ- контроль), 5- дренирование под контролем лапароскопии, 39 – лапаротомное оперативное лечение (наружное и внутреннее дренирование). Лечение проводилось на фоне противопанкреатической и антибактериальной терапии по общепринятым схемам. Для контроля чрескожных пункционных вмешательств использовался УЗ-сканер с приставкой для цветного доплеровского картирования (ЦДК) с конвексным датчиком 3.5-5 МГц, либо компьютерный томограф. Вмешательства проводились под местной анестезией, при беспокойном поведе-

нии больного (5 пациентов) – нейроролептанальгезией. Аспирацию выполняли полыми иглами 12-18 G. Дренирование по Сельдингеру выполняли катетерами диаметром 7-9 Fr типа «свиной хвостик».

Дренирование под контролем лапароскопии выполняли под эндотрахеальным наркозом. После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводили лапароскоп, выполняли ревизию брюшной полости. При отсутствии спаечного процесса обеспечивали доступ к поджелудочной железе, раскрывая сальниковую сумку и дренировали нагноившуюся псевдокисту.

Результаты и обсуждение. Для НПКПЖ без признаков перитонита при наличии безопасной траектории доступа оптимальным методом лечения, как правило, является УЗ- или КТ-контролируемая аспирация или дренирование, уровень успеха (отсутствие рецидива либо рецидивная псевдокиста менее 2 см в диаметре) которых составил соответственно 88,9% и 91,5%. Противопоказаниями к чрескожной пункции являются: отсутствие безопасного доступа, выраженные коагулопатии; асцит; клаустрофобия (при КТ-контроле). Из осложнений при пункционных вмешательствах отмечены кратковременные болевые и температурные реакции. У 2 (9,5%) пациентов имело место выпадение дренажа; дренаж был установлен повторно. У 4 (19,0%) чел. наблюдалось подтекание кистозного содержимого, которое было устранено. У 2 больных сформировался стойкий панкреатический свищ.

Заключение. Выбор тактики лечения нагноившихся псевдокист поджелудочной железы следует осуществлять с учетом их размеров и расположения, особенностей течения заболевания, соматического состояния и индивидуальных особенностей больного. Оптимальным методом лечения нагноившихся псевдокист поджелудочной железы является их чрескожная пункционная аспирация и дренирование под контролем УЗИ или КТ, либо лапароскопическом контроле.

УДК 616.341-89.843:616.381-002

Я. Я. Маслов

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ
СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЭНТЕРО-ЭНТЕРОАНАСТОМОЗА В
УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА**

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

Maslov_don@ukr.net

MORPHOLOGICAL CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF THE VIABILITY OF ENTERO-ENTEROANASTOMOSIS IN THE PRESENCE OF PERITONITIS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. На сегодняшний день операции на органах пищеварения занимают в хирургической практике первое место среди всех оперативных вмешательств на внутренних органах, а резекция участка тонкой кишки с формированием энтероэнтероанастомоза является одной из наиболее распространенных операций в современной абдоминальной хирургии. Недостаточность швов межкишечных анастомозов остается типичным осложнением резекции кишки, выполненной в экстренном порядке, и встречается в 4,3-69%. По данным авторов, развитие несостоятельности анастомоза при перитоните, наряду с другими причинами, в условиях которых осуществляется неотложная резекция кишки, связано с нарушением микрогемодициркуляции в стенке тонкой кишки именно в зоне анастомоза, что приводит к релапаротомиям. На сегодняшний день отсутствуют четкие морфологические критерии несостоятельности энтероанастомоза в условиях перитонита, и в связи с этим нет четкой хирургической тактики при выполнении экстренных вмешательств, связанных с формированием анастомоза в условиях перитонита. Определение морфологических критериев, отображающих степень нарушения микрогемодициркуляции в стенке кишки, создает оптимальные условия для выбора объема уровня резекции кишки, являясь одним из основных резервов улучшения заживления анастомозов.

Цель работы: основываясь на морфологические критерии, которые отображают степень выраженности воспалительного процесса, очагов некроза и нарушений микрогемодициркуляции тонкой кишки, определить объем её резекции для наложения энтероанастомоза.

Материалы и методы. В исследование включено 23 пациента с разлитым перитонитом различной этиологии, находящихся на стационарном лечении в ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР. Первую группу составили (15 больных) с благоприятным клиническим исходом, у которых сформированный энтероанастомоз был состоятелен. Во вторую группу (8 больных) составили пациенты с несостоятельностью

анастомоза. По показаниям им была выполнена релапаротомия с последующими программными санациями. При этом выполнялась резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и реанастомозирование тонкой кишки. В клинике у больных II группы наблюдалась выраженная интоксикация, декомпенсированный метаболический ацидоз и полиорганная недостаточность. Возраст больных варьировал от 42 до 75 лет.

Диффузный перитонит отмечен у 11 пациентов, разлитой – у 12. Причиной острого распространенного перитонита явились: острая спаечная тонкокишечная непроходимость – 9, ущемленные грыжи – 6, заворот тонкой кишки с некрозом – 3, сегментарный мезентериальный тромбоз–5.

Объем резекции тонкой кишки от нежизнеспособного ее участка производили основываясь на результатах морфологического исследования структурных изменений микрогемоциркуляции в стенке кишки в месте предполагаемого формирования анастомоза.

Всем больным была выполнена лапаротомия и резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок». Операцию заканчивали интубацией тонкой кишки.

После аспирации экссудата из брюшной полости и оценки патологической картины, сразу начинали резекцию тонкой кишки с забором резецированных кусочков кишки в области предполагаемого анастомоза, после чего операция продолжалась выполняться в необходимом объеме. Из кусочков тонкой кишки, взятых на границе с видимо здоровой тканью, изготавливали срезы на замораживающем микротоме. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Выставляли предварительный морфологический диагноз через 30-40 минут, который служил базисом для определения степени нарушений микрогемоциркуляции в стенке кишки в зоне формирования анастомоза. Полученные параметры: удельный объем сосудов МГЦР, ПМЯЛ, очагов некроза являлись основой для постановки окончательного морфологического диагноза.

Результаты и обсуждение. Для установления морфологических критериев прогноза состоятельности энтероанастомоза, сформированного в условиях перитонита, нами проведен сравнительный качественный и количественный анализ патологических процессов, происходящих в тонкой кишке у больных с благоприятным и неблагоприятным исходом заболевания. Морфофункциональные

нарушения сосудов МГЦР, воспалительная реакция в зоне сформированного энтероанастомоза.

Особое значение принадлежит нарушениям микрогемоциркуляции в патогенезе состоятельности энтероанастомоза, сформированного в условиях перитонита, и некробиотическим изменениям. Наиболее объективными параметрами являются удельный объем сосудов МГЦР, фибрина, ПМЯЛ и очагов некроза. Параметры, характеризующие альтеративно-экссудативный компонент воспаления, оказались очень важными для определения состоятельности энтероанастомоза и для прогноза. Так, у больных I группы при удельном объеме сосудов МГЦР от $0,4578 \pm 0,0217$ до $0,4836 \pm 0,0213$, фибрина – от $0,0342 \pm 0,0098$ до $0,0407 \pm 0,0123$, ПМЯЛ – от $0,2614 \pm 0,0116$ до $0,2887 \pm 0,0228$ и очагов некроза от $0,2614 \pm 0,0116$ до $0,0317 \pm 0,0129$, энтероанастомоз был состоятелен, коллагеновые волокна не подверглись дезорганизации, и клиническое течение острого разлитого перитонита было благоприятное. У больных II группы показатели удельных объемов были равны или выше, чем $0,5323 \pm 0,0154$ (для МГЦР), фибрина – $0,0516 \pm 0,0136$, ПМЯЛ – $0,3213 \pm 0,0267$ и очагов некроза – $0,0363 \pm 0,0157$, прогноз для состоятельности энтероанастомоза был неблагоприятным.

Лейкоцитарная инфильтрация выявлялась диффузно по всей толщине слизистой оболочки, местами – полиморфноядерные лейкоциты формировали скопления различных размеров с образованием острых абсцессов. Выраженные микрогемоциркуляторные расстройства, множественные очаги кровоизлияния сочетались с наличием в сосудах и периваскулярной ткани воспалительных клеток, распространяющихся на все оболочки кишки с формированием очагов флегмонозного воспаления. В дальнейшем больным формирование энтеро-энтероанастомоза проводили основываясь на полученных результатах. Так, критериями к резекции нежизнеспособного участка кишки изначально явились ее цвет, пульсация магистральных сосудов брыжейки и прямых артерий у брыжеечного края кишки, наличие перистальтики (как правило, определение пульсации артерий брыжейки затруднительно в условиях перитонита). В среднем объем резекции составлял 40 см приводящего отдела кишки и 15 см отводящего. После проведения экспресс-методом морфологического исследования стенки кишки в месте предполагаемого анастомоза и определение числовых показателей критериев состояния микрогемоциркуляторных нарушений, у 13 больных

параметры соответствовали благоприятному прогностическому исходу и произведено формирование анастомоза.

У 2 больных кишка дополнительно резецировалась. Протяженность каждой резекции до получения показателей состояния микроциркуляции соответствующих благоприятному исходу производили в пределах 10 см приводящего отдела кишки и 5 см отводящего. Таким образом, ориентируясь на показатели морфологического исследования, объем резекции у 2 больных составил 50x20 см приводящего и отводящего отделов кишки соответственно.

Таким образом, нами установлены принципиальные количественные и качественные изменения в структуре стенки кишки, при выполнении энтеро-энтероанастомоза, причем определены четкие различия при состоятельности и несостоятельности кишечного анастомоза, данные параметры следует учитывать интраоперационно при выполнении оперативного пособия на кишечнике, что позволит избежать послеоперационные осложнения и повторные операции. Естественно нельзя исключать при прогнозировании и другие факторы, отвечающие за состоятельность анастомоза, это белковый, иммунный статус организма, адекватность техники наложения и декомпрессии ЖКТ, тем не менее возможность прогнозировать не состоятельность анастомоза и выполнить сразу более обширную резекцию кишки или избежать удаление анатомо-физиологического адекватного участка, с целью избежать неблагоприятного исхода, имеет большое практическое значение.

Заключение. Установлено, что у больных I группы с острым разлитым перитонитом при удельном объеме сосудов МГЦР не более $0,4836 \pm 0,0213$, фибрина - $0,0407 \pm 0,0123$, ПМЯЛ - $0,2887 \pm 0,0228$, очагов некроза - $0,0317 \pm 0,0129$ прогноз для состоятельности энтероанастомоза благоприятный. У больных II группы при удельном объеме сосудов МГЦР, равном или выше $0,5323 \pm 0,0154$, фибрина - $0,0516 \pm 0,0136$, ПМЯЛ - $0,3213 \pm 0,0267$, очагов некроза - $0,0363 \pm 0,0157$ прогноз неблагоприятен и развивается несостоятельность энтероанастомоза, сформированного в условиях острого разлитого перитонита. Таким образом, предложенный способ определения границы жизнеспособности тонкой кишки в условиях перитонита, позволяет в области жизнеспособного участка тонкой кишки формировать энтеро-энтероанастомоз и тем самым снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

УДК 582.949.27:615.28

Е.А. Передерий, И.А. Токовая
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ
ЭКСТРАКТА ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО С ЦЕЛЬЮ
СОЗДАНИЯ НА ЕГО ОСНОВЕ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ФОРМ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ

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

kaf.texlek@gmail.com

Е.А. Perederiy, I.A. Tokovaya

THE RESEARCH OF THE ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF THE
SALVIA OFFICINALIS EXTRACT WITH THE PURPOSE OF
CREATING VARIOUS MEDICINAL FORMS OF ANTIMICROBIAL
ACTION

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Воспалительные заболевания внутренних половых органов является наиболее частой гинекологической патологией у женщин. Однократно перенесенный воспалительный процесс придатков матки при неусовершенствованных методиках лечения и реабилитации приводит к бесплодию у 25 – 30% случаев, дважды – у 45 – 50%, трижды – у 70 %. Нарушения репродуктивной функции женщин является весьма актуальной проблемой в условиях усугубления процессов депопуляции, характерных для нашего общества. Стоит отметить, что противомикробная терапия инфекционно – воспалительных гинекологических заболеваний не способна действовать выборочно и бороться лишь с бактериями-возбудителями болезни, что приводит к нарушению естественной флоры организма. Одним из главных последствий лечения антибиотиками в гинекологии является развитие дисбактериоза в кишечнике и слизистых оболочках, прежде всего, во влагалище. В связи с этим создание новых препаратов, преимущественно на основе лекарственного растительного сырья, с целью повышения не только эффективности, но и безопасности терапии, является неотъемлемой задачей фармации.

Цель работы. Изучение антимикробной активности экстракта шалфея лекарственного отдельно и в смеси с другими веществами для дальнейшего обоснования состава суппозиторий вагинальных, применяемых в гинекологической практике. На основе полученных результатов рассмотреть перспективы исполь-

зования данного экстракта шалфея лекарственного для создания прочих лекарственных форм противомикробного действия.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе фармацевтической фабрики ГУП ЛНР «ЛУГМЕДФАРМ». Для изучения антимикробной активности препаратов был использован метод диффузии экстракта в агар в модификации колодцев, основанный на способности активнордействующих веществ диффундировать в агаровую среду, которую предварительно засевают микробной культурой.

Результаты и обсуждения. Для изучения противомикробной активности экстракта шалфея лекарственного было проведено микробиологическое исследование трех образцов объемом по 5 мл. Первый образец представлял собой 1%-й экстракт шалфея лекарственного в 96%-м спирте этиловом. Данный образец показал следующие зоны задержки роста микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 – 20,0 мм, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027 – 20,0 мм, *Bacillus subtilis* ATCC 6633 – 19,0 мм, *Candida albicans* ATCC 885-653 – 10,0 мм. Второй образец – 0,5%-й экстракт шалфея лекарственного в 96%-м спирте дал следующие зоны задержки роста микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 – 15,0 мм, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027 – 16,0 мм, *Bacillus subtilis* ATCC 6633 – 17,0 мм, *Candida albicans* ATCC 885-653 – 9,0 мм. Третий образец, представленный 1%-м экстрактом шалфея лекарственного в 70%-м спирте, имел следующие результаты: *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 – 18,0 мм, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027 – 19,0 мм, *Bacillus subtilis* ATCC 6633 – 19,0 мм, *Candida albicans* ATCC 885-653 – 9,0 мм.

Одной из поставленных задач было изучения потенцирующего и/или ингибирующего действия вспомогательных веществ на противомикробную активность экстракта шалфея лекарственного в их комплексном использовании. Таким образом, для анализа были отобраны 8 проб по 5 мл. Три образца были представлены вспомогательными веществами в 1%-м разведении в 96%-м спирте, а именно: лактозой, кальция хлоридом и раствором ДМСО. Не одна из проб не дала зоны задержки роста микроорганизмов. Однако при исследовании микробиологической активности модельных смесей, в состав которых входил 0,5%-й экстракт шалфея лекарственного в комплексе со вспомогательными веществами, последние проявили потенцирующее действие. Наиболее выраженное

увеличение противомикробной активности было у пробы следующего состава: 0,5% лактозы, 0,5% экстракта шалфея лекарственно-го в растворе ДМСО - *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 – 18,0 мм, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027 – 17,0 мм, *Bacillus subtilis* ATCC 6633 – 18,0 мм, *Candida albicans* ATCC 885-653 – 10,0 мм;

Как видно из результатов исследования, экстракт шалфея в 1%-ом разведении с 96% спиртом проявляет наиболее выраженное ингибирующее действие на указанные тест – микробы. Микроорганизм *Candida albicans* при исследовании дает не достаточно четкую зону задержки роста.

Заключение. Проведенные исследования определили вектор направленности дальнейшей работы над подбором оптимального состава суппозиторий вагинальных для лечения инфекционно – воспалительных гинекологических заболеваний, а так же возможности создания других лекарственных форм противомикробного действия.

УДК 615.273:616.831-001-07-089.168.1

А.Л. Победенный

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница»,

Луганск, ЛНР

pobeda-an-le@yandex.ru

A.L. Pobedyonniy

IMPACT OF IMMUNOTROPIC DRUGS IN TREATMENT OF CRANIAL-BRAIN INJURY

LPR "Lugansk Republican Clinical Hospital", Lugansk, LPR

Актуальность. В формировании расстройств и осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) важную роль играет иммунная система организма больного.

Цель работы - изучить влияние иммунофана на состояние цитокинов сыворотки крови ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, γ -интерферона (IFN) в терапии больных ЧМТ средней тяжести в послеоперационном периоде.

Материал и методы. 45 больных ЧМТ средней тяжести (ушиб головного мозга средней тяжести, осложненный гематомой разной локализации и величины, которая подлежала оперативному лече-

нию) были разделены на 2 группы в зависимости от вида лечения: I группа получала стандартную терапию, II – с дополнением иммунофана. Эффект оценивали по динамике цитокинов сыворотки IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, γ -IFN.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов с ЧМТ после оперативного вмешательства в сыворотке крови отмечалось существенное повышение концентрации IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-4, нерезкое - γ -IFN. При выписке у больных I группы все указанные цитокины оставались повышенными. У пациентов II группы отмечалось существенное снижение концентраций всех изученных цитокинов.

Заключение. Снижение содержания исследованных IL-1 β , IL-4, IL-6 возрастание уровня γ -IFN у больных ЧМТ, получавших иммунотропную терапию дополнительно к стандартной, отражало позитивную иммунологическую активность иммунофана при лечении таких больных.

УДК 577.113.3:616.831-0-01-07

А.Ю. Пустовой

**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЦИКЛИЧЕСКИХ НУКЛЕОТИДОВ
СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЛИЦ С ЛЕГКОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

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

A. Yu. Pustovoy

**THE STATE OF THE CYCLIC NUCLEOTIDES IN THE BLOOD
SERUM OF PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Травматизм, прежде всего черепно-мозговой, стал актуальной проблемой не только здравоохранения, но и любой общественной системы в целом. Повреждение мозга – 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). Механизм возникновения и формирования ЧМТ обусловлен нарушением его метаболизма, кровообращения, проницаемости гематоэнцефалического барьера.

Целью нашего исследования было изучение содержания циклических нуклеотидов у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 140 больных с ЧМТ различной степени тяжести. Среди наблюдаемых пациентов было 104 мужчины, 36 женщин. Возраст пациентов колебался от 18 до 63 лет.

Результаты и обсуждения. Установлено, что возникновение черепно-мозговой травмы сопровождается изменениями в системе циклических нуклеотидов сыворотки крови травмированных лиц. Указанные изменения выражались в увеличении концентраций цГМФ и цАМФ с относительным преобладанием последнего класса нуклеотидов, в связи с чем коэффициент цАМФ/цГМФ повышался. В периоде ранней реконвалесценции наблюдалась обратная динамика изменений в системе циклических нуклеотидов. А именно, происходило снижение их концентраций с улучшением баланса в системе цАМФ/цГМФ.

В остром периоде черепно-мозговой травмы (при поступлении травмированных в стационар) содержание цАМФ в сыворотке крови составило в среднем $16,6 \pm 0,7$ нмоль/л для референтной нормы (степень увеличения – 1,14 раза), что было статистически достоверно. Вместе с тем, содержание цГМФ в сыворотке крови пострадавших при четко выраженной тенденции к увеличению значимых различий с соответствующим показателем референтной нормы не имело. В среднем концентрация цГМФ составила $7,3 \pm 0,3$ нмоль/л (степень превышения референтной нормы – 1,09 раза; $p > 0,05$).

Вследствие указанных изменений коэффициент цАМФ/цГМФ для данной группы пациентов при их поступлении в стационар составил в среднем $2,27 \pm 0,11$ у. ед., что оказалось выше аналогичного показателя референтной нормы в 1,06 раза ($p > 0,05$).

Повторное исследование уровней циклических нуклеотидов на 5-й день после возникновения черепно-мозговой травмы выявило статически значимое увеличение в сыворотке крови пострадавших, как цАМФ, так и цГМФ, при сохранении нормального соотношения между ними. Так, в указанный срок исследования концентрация цАМФ в сыворотке крови пациентов с черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести составила $17,1 \pm 0,9$ нмоль/л, а концентрация цГМФ – $8,1 \pm 0,4$ нмоль/л, что оказалось в 1,18 и в 1,2 раза выше аналогичных показателей референтной нормы, а также было в 1,03 и в 1,11 раза выше подобных концентраций, зарегистрированных у этой группы пациентов при их поступлении в стационар. В первых двух сравнениях $p > 0,05$ и $p > 0,01$, соответственно.

То есть, если в остром периоде травматической болезни в сыворотке крови лиц с легкой степенью черепно-мозговой травмы превалировало содержание цАМФ, то к 5-му дню после травмы происходит увеличение содержания цГМФ, что улучшало баланс между ними до физиологически нормального (коэффициент цАМФ/цГМФ $2,11 \pm 0,10$ у.ед., при референтной норме $2,15 \pm 0,11$ у. ед.). Степень снижения коэффициента цАМФ/цГМФ на 5-й день пребывания пациентов в стационаре, по сравнению с таковым при поступлении в стационар составила 1,08 раза, что, однако, не являлось статистически значимым. В периоде ранней реконвалесценции все изучаемые показатели системы сывороточных циклических нуклеотидов нормализовались, при этом абсолютные значения всех показателей находились у верхних границ соответствующих референтных норм.

Заключение. Таким образом черепно-мозговая травма представляется мощным стрессорным стимулом, вызывающим выраженные метаболические изменения в организме травмированных лиц. Под влиянием черепно-мозговой травмы происходит повышение содержания циклических нуклеотидов с нарушением соотношения в системе цАМФ/цГМФ. Указанные метаболические сдвиги динамично изменяются в разные периоды травматической болезни. Данные изменения имеют место у пациентов с легкой степенью ЧМТ – сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени.

УДК 616.5-006.04

В.Г. Радионов, Д.В. Радионов
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

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

V.G. Radionov, D.V. Radionov
PECULIARITIES OF CLINICAL ASPECTS OF SKIN MALIGNANT
TUMORS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Заболеваемость раком кожи приобретает эпидемический характер во всем мире, и в последнее время значительно увеличивается количество заболевших пациентов трудоспособного возраста.

Цель работы: провести скрининг населения региона с целью клинического и дерматоскопического выявления раков и предраков кожи.

Материал и методы. Обследованы 1270 пациентов с новообразованиями кожи. Среди них женщин было 699, что составило 55% от числа обследованных, мужчин 571 человек – 45% соответственно. Множественные пигментные невусы определялись у 28% мужчин и 72% женщин. Диспластические невусы диагностированы (цифровой дерматоскоп Foto-Finder) у 24% мужчин и 76% женщин. Базально-клеточный рак кожи диагностирован у 1,7% случаев из всех обследованных в возрасте от 50 до 80 лет. Мужчины страдали несколько чаще (59%) чем женщины (41%). Меланома выявлена и подтверждена у 7 пациентов (0,55%), все оказались женщины в возрасте 40-60 лет. Клинически меланома проявлялась в виде экзофитного узла размером до 2 см в диаметре с изъязвлением, а также были акральные лентигинозные и поверхностно-распространяющиеся формы.

Заключение. Необходима организация на уровне государства системы ранней диагностики (скрининга) и лечения предраков и раков кожи, это реальный путь повышения качества оказания медицинской помощи.

УДК 616.5-006.04-085

В.Г. Радионов, Д.В. Радионов, А.К. Пищиков, О.В. Пищикова
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

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

V.G. Radionov, D.V. Radionov, A.K. Pishikov, O.V. Pishikova
CLINICAL EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY OF SKIN
MALIGNANT TUMORS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Заболеваемость раком кожи, приобретает эпидемический характер во всем мире, и в последнее время значительно увеличивается количество заболевших пациентов трудоспособного возраста.

Целью исследования явилась разработка консервативной комплексной терапии раков кожи в труднодоступных, эстетически важных участках головы и шеи с применением иммуномодуляторов.

Материал и методы. Для лечения раков кожи существует большое количество методов, как хирургического, так и консервативного лечения. Несмотря на их количество и разнообразие, ни один из методов не дает гарантии полного излечения, а вероятность раз-

вятия рецидивов после проведенного лечения велика и каждый из перечисленных методов терапии имеет свои недостатки. Нами, в течение последнего десятилетия используется комплексная консервативная терапия облигатных предраков и раков кожи с интрафокальным введением рекомбинантных интерферонов альфа-2b с преимущественной локализацией опухолей в области головы и шеи, чаще перiorбитальная область, переносица и ушные раковины.

Заключение. Применение рекомбинантных интерферонов альфа-2b существенно повышает эффективность проводимой консервативной терапии предраков и раков кожи с хорошими отдаленными результатами, а главное, с минимальным процентом рецидивов.

УДК 616.24 -006

В.В. Рокотянская¹, О.В. Вольман², Н.В. Полтавская²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО НА ФОНЕ СИЛИКОЗА

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

² ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР, Луганск, ЛНР

seteynaya.lgmu@mail.ru

V. Rokotyanskaya¹, O. Wolman², N. Poltavskaya²

A CLINICAL CASE OF DEVELOPMENT OF TUBERCULOSIS AND LUNG CANCER ON A BACKGROUND OF SILICOSIS

¹ SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

² SE «Luhansk regional clinical hospital», Luhansk, LPR

Актуальность. Силикоз – вид пневмокониоза от воздействия пыли с высоким содержанием диоксида кремния ($\text{SiO}_2 > 10\%$), развивается у работников горнорудной (бурильщики, проходчики), машиностроительной промышленности (рабочие литейных цехов), у работников, связанных с обработкой и переработкой кварца, гранита, размолот песка и др. пород, содержащих диоксид кремния (обрубщики, земледелы).

Наиболее частым и тяжелым осложнением силикоза является туберкулез, их сочетание называют силикотуберкулезом.

Цель работы: разбор случая развития туберкулеза и рака легкого у пациентки Д., длительно страдающей с силикозом; изучение факторов риска развития заболевания, оптимизация диспансерного наблюдения за категорией лиц, которые имеют профессиональные заболевания.

Материалы и методы: изучена медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/о) ЛРКБ пациентки Д., которой профпатологической врачебно-экспертной комиссией (проф. ВЭК) в 2016г. установлена связь рака средней доли правого легкого и туберкулеза верхней доли левого легкого с профессиональным заболеванием - силикоз, установленного в 1992г.

Результат и обсуждение: Пациентка Д., 1931 года рождения, направлена в ЛОКБ в 1992 г. с целью уточнения этиологии заболевания, диагноз при направлении: Подозрение на пневмокониоз? Профмаршрут: с 1959 по 1981 гт. работала земледелом на Ворошиловградском тепловозостроительном заводе им. Октябрьской революции (пылевой стаж 22 года). 22.02.1992 г. профпатологом ЛОКБ установлен диагноз: Силикоз I стадии, интерстициальная форма (2s1t), позднее развитие. Эмфизема легких. ДН I степени. Заболевание профессиональное. Профпатологической МСЭК определено 25% утраты трудоспособности бессрочно с 16.03.1992г.

За период 1992-2016 гг. больная получала лечение по общим заболеваниям: ХОЗЛ, внегоспитальная правосторонняя пневмония (2014 г.), ИБС, диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь II ст., атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия II ст, хронический холецистит, панкреатит, пиелонефрит, ХПН 0, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, протрузия диска L₅S₁. В 2013 г. проведена многослойная КТ ОГК с внутривенным усилением, заключение: КТ-признаки локального пневмофиброза в S₄, S₅, S₁₀ правого легкого, S₁₀ левого легкого на фоне диффузного узелкового пневмофиброза, атеросклероз грудного отдела аорты, коронарных артерий. Остеохондроз, спондилез грудного отдела позвоночника, гемангиома Th₈.

Ухудшение состояния зарегистрировано с 2015 г., больная дважды (апрель, май) находилась на стационарном лечении с диагнозом: ХОЗЛ II. Силикоз II ст., узелковая форма, ЛН IIст., ИБС, д/кардиосклероз, застойные явления в легких. СН IIА. На рентгенограммах ОГК от 07.04.2015, 30.04.2015 - силикоз II ст., узелковая форма, усиление, деформация легочного рисунка с выраженным фиброзом, корни легких уплотнены, в правом корне петрификат, сердце - возрастные изменения. В анализе мокроты на КУМ в 300 п/зрения не найдены.

В период стационарного лечения в пульмонологическом отделении (09.06.-03.07.2015), больная обследована, консультирована

онкологом, установлен диагноз: Рак средней доли правого легкого T₂N₁M₀ 2А ст., 4 кл. гр. на фоне ХОЗЛ II ст. и силикоза. На обзорной рентгенограмме ОГК в прямой и правой боковой проекции от 22.06.2015 г. в легких на фоне усиления и деформации легочного рисунка за счет фиброза смешанного характера с наличием множественных узелков, справа, в проекции средней доли, определяется участок затемнения легочной ткани неправильной формы с нечеткими неровными контурами размером 2,5 x 3см. с просветлением (деструкция?) в центре. В задних легочных полях, больше слева, определяются очаговоподобные тени с нечеткими контурами (узелки? очаги отсева?). Корни уплотнены, правый малоструктурен с наличием обызвествленных лимфоузлов. Заключение: рентген-признаки диффузного узелкового фиброза, локального фиброза в средней доле правого легкого (периферическое образование).

07.06.2016 г. больная осмотрена профпатологом ЛРКБ, консультирована кардиологом, невропатологом ЛРКБ, проведены инструментальные исследования (рентгенографии ОГК, ЭКГ, СПГ, ЭХОКС), выставлен предварительный диагноз: Силикотуберкулез: Силикоз II стадии (3/3, rst/rst). Рак средней доли правого легкого T₂N₁M₀ 2А ст., 4 кл. гр., метастатическое поражение легких. Двухсторонний плеврит. Очаговый туберкулез левого легкого. Назначены консультации онколога ЛРКОД и фтизиатра ЛРПТД.

Заключение ВКК ЛРКОД от 25.05.2016, 28.10.2016: Рак средней доли правого легкого T₂N₁M₀ 2А ст., продолжение болезни в оба легкие, 4 клиническая группа. Болевой синдром. Раковая интоксикация. Больная консультирована торакальным хирургом, лучевым и химиотерапевтом - специальные методы лечения не показаны. Рекомендовано проведение симптоматической терапии по месту жительства. ЦЗ от 29.06.2016 - плоскоклеточный рак.

08.06.2016 консультирована фтизиатром ЛРПТД, учитывая анализ мокроты от 09.06.2016 (КУМ +) с 10.06. по 18.10.2016 получала лечение в республиканском противотуберкулезном диспансере. По окончании лечения республиканской ВКК от 31.10.2016 установлен диагноз: Конiotуберкулез: Силикоз II, ВДТБ (08.06.2016) верхней доли левого легкого (инфильтративный). Деструкция (-) МБТ- МК-, гист0, кат1, ког4(16). Рак средней доли правого легкого.

На основании заключений специализированных учреждений проф. ВЭК вынесено решение: Силикотуберкулез: Силикоз II

стадии (3/3, rst/rst), медленно прогрессирующее течение. ВДТБ (08.06.2016) верхней доли левого легкого (инфильтративный). Деструкция (-) МБТ-М- К0, гист0, cat1, ког 4(16). Рак средней доли правого легкого T2N1M0 2A ст., продолжение болезни в оба легкие, 4 клиническая группа. Болевой синдром. Раковая интоксикация. Заболевание профессиональное, установлено повторно. Больная направлена на МСЭК для определения группы инвалидности.

Заключение. С целью раннего выявления прогрессирования заболевания, развития осложнений необходимо усилить проведение вторичных профилактических мероприятий, а именно диспансерного наблюдения за лицами, имеющими профессиональные заболевания, расширить комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. При подозрении на прогрессирование профессионального заболевания обеспечить своевременное направление больных на консультацию профпатолога ЛРКБ.

УДК 616.24-006

В.В. Рокотянская¹, О.В. Вольман², Н.А. Соколова²,
Н.В. Полтавская²

РАЗВИТИЕ РАКА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

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

² ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР, Луганск, ЛНР
semeynaya.lgmu@mail.ru

V. Rokotyanskaya¹, O. Wolman², N. Sokolova², N. Poltavskaya²

THE DEVELOPMENT OF LUNG CANCER ON THE BACKGROUND OF PROFESSIONAL PATHOLOGY OF THE RESPIRATORY SYSTEM

¹ SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

² SE «Luhansk regional clinical hospital», Luhansk, LPR

Актуальность. Профессиональная заболеваемость остается сложной социально-экономической, медицинской и гигиенической проблемой. Опасными в формировании и развитии профессиональной патологии, регистрации случаев внезапной смерти на производстве, производственного травматизма, в т. ч. со смертельным исходом, остаются угледобывающие предприятия. В республике диспансерная группа лиц, имеющих профессиональные заболевания (ПЗ), составляет более 27 тыс. человек, ведущее место принадлежит заболеваниям органов дыхания (ОД) профессиональной этиологии (76 %). В

последние годы во всем мире уделяется большое внимание проблеме «профессионального рака», проводятся многочисленные исследования производственных канцерогенов, изучается их роль в возникновении злокачественных новообразований, разрабатываются профилактические мероприятия. При этом недостаточно изучены вопросы развития рака легких на фоне установленного ПЗ ОД (пневмокониоз, хронический бронхит), официальная статистика отсутствует.

Цель работы: изучение больных, у которых на фоне ПЗ ОД развился рак легких, систематизация факторов риска развития заболевания, оптимизация организации вторичной профилактики лиц с ПЗ.

Материалы и методы: Ретроспективно проведен анализ медицинских карт амбулаторных больных (форма 025/о) ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» (ЛРКБ), которым в 2016 году профпатологической врачебно-экспертной комиссией (проф. ВЭК) была установлена связь рака легких с профессиональной патологией ОД (пневмокониоз, хронический бронхит).

Результат и обсуждение: В 2016 году на заседании проф. ВЭК ЛРКБ вынесено 1034 экспертных решений, в том числе 8 (0,8%) по установлению причинно-следственной связи рака легких с ПЗ органов дыхания (пневмокониоз, хронический бронхит пылевой этиологии). Все пациенты с установленным раком легких на фоне ПЗ ОД ранее работали на угольных предприятиях Луганской области, мужчины составили 100%, ПЗ пылевой этиологии впервые были установлены в период с 1994 по 2008гг. Возраст, в котором пациенты начали работу во вредных и опасных условиях труда: 17 лет – 25 % (2), 18 лет – 12,5 % (1), 19 лет – 37,5 % (3), 23 года 25 % (2). Средний возраст больных на момент первичного установления диагноза ПЗ составил 49,4 лет, онкопатологии – 65 лет; латентный период развития рака на фоне ПЗ - от 8 до 22 лет. Распределение по стажу работы во вредных и опасных условиях труда: 10-14 лет – 12,5% (1), 20-24 – 37,5% (2), 25-29 – 25% (2), 30-35 – 25% (2). Среди пострадавших преобладают представители основных профессий, 37,5% больных после установления диагноза ПЗ продолжали работать во вредных и опасных условиях труда на протяжении 3-12 лет.

В период работы пострадавшие подвергались воздействию пыли, преимущественно фиброгенного действия (угольная, угольно-породная), уровень которой превышал предельно допустимые концентрации (ПДК) в десятки раз, что соответствует 3 классу 3-4 степени гигиенической классификации труда по показателям вред-

ности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса (Гигиеническая классификация труда). При осмотре больные отмечали жалобы на одышку (100%), сухой кашель (75%), боль в грудной клетке (75%), слабость, быструю утомляемость (75%), чувство нехватки воздуха (25%), потливость (25%), субфебрилитет (25%), снижение массы тела (12,5%), осиплость голоса (12,5%). Курильщики составили 37,5%, анамнез курения (количество выкуриваемых сигарет в день, число лет) в первичной меддокументации не уточнен. В 2 (25%) случаях диагноз рака легких установлен при самостоятельном обращении больного за медицинской помощью в медицинское учреждение, 2 (25%) – при профилактическом осмотре, 4 (50%) – во время лечения и обследования по поводу другого заболевания. Для визуализации и верификации рака проведены: рентгенография легких в прямой и боковой проекции (100%), КТ (38%), ФБС (88%), цитологическое (100%) и гистологическое (38%) исследования. Наиболее частая локализация онкопроцесса отмечена в правом легком – 5 (75%), в т. ч. верхнедолевая локализация составила 60%. Морфологически выделены формы рака: плоскоклеточный – 5 (62,5%), недифференцированный – 2 (25%), аденокарцинома – 1 (12,5%). Рак легкого диагностирован на I стадии заболевания в 2-х (25%) случаях, II стадии – 1 (12,5%), III и IV стадиях – 5 (62,5%). В ЛРКОД больным проведены общие методы лечения: хирургическое – 1 (12,5%), химиотерапия – 1 (12,5%), лучевая терапия – 2 (25%), химиотерапия и лучевая терапия – 2 (25%), симптоматическое – 2 (25%).

Заключение. Необходимо оптимизировать проведение вторичных профилактических мероприятий (прежде всего диспансерного наблюдения) за лицами, имеющими профессиональные заболевания, с целью раннего выявления прогрессирования основного заболевания и развития его осложнений, проведения направленно-го лечения и рационального последовательного оздоровления.

УДК 616.711-001-089

М.П. Сидоренко, А.Б. Евтушенко, В.М. Чепелев,

К.А. Евтушенко, С.С. Савинков

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ КЕЙДЖЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск, ЛНР

M.P. Sydorenko, A.B. Evtushenko, V.M. Chepelev,
K.A. Evtushenko, S.S. Savinkov

THE USE OF INTERVERTEBRAL CAGES IN SURGICAL TREATMENT OF SPINAL INJURIES

Lugansk Republican Clinical Hospital, Lugansk, LPR

Актуальность. Травматические и нетравматические повреждения позвоночника являются частой патологией в нашем регионе, вследствие особенности профессиональной деятельности жителей Донбасса (шахтеры), а также военного конфликта. Поэтому внедрение современных имплантов, используемых в хирургии позвоночника, для решения вопроса о стабилизации позвоночного столба является крайне актуальным.

Цель работы: показать влияние использования межпозвонковых кейджей на течение раннего послеоперационного периода.

Материалы и методы. В условиях нейрохирургического отделения ГУ «ЛРКБ» ЛНР были прооперированы 23 пациента с дегенеративными заболеваниями позвоночника, травматическим спондилолистезом или стенозом с использованием межпозвонковых кейджей.

Межпозвонковый кейдж представляет собой полый титановый цилиндр со множеством отверстий, который удерживает один позвонок над другим на определенном расстоянии, что позволяет сохранять межпозвонковые отверстия открытыми, свободными от сдавления. Сохраняя расстояния между отдельными позвонками на нужном уровне, кейдж удерживает связки в напряженном положении, чем стабилизирует сегмент.

Результаты и обсуждение. У пациентов, находившихся под нашим наблюдением, в раннем послеоперационном периоде не отмечалось осложнений со стороны позвоночного столба, двигательную активность большинство больных начали на 2 день после операции (18 – 85,7%), у 4 больных с изначально невыраженным болевым синдромом введение инъекционных анальгетиков было прекращено на 7 сутки после оперативного вмешательства, у 19 больных с данного срока происходило постепенное снижение кратности введения анальгетиков и на момент выписки (12-14 день) у всех пациентов сохранялся только прием данных препаратов внутрь.

Заключение. Таким образом, использование межпозвонковых кейджей обладает рядом преимуществ: низкая степень риска

осложнений, менее выраженный болевой синдром после хирургического лечения из-за меньшей травматизации во время операции, снижение сроков стационарного пребывания по сравнению с другими методами спондилодеза, ранняя реабилитация.

УДК 616 - 006.44 - 053.2 (477.61): 316.485.26

Т.А. Сиротченко, М.Ю. Сульженко, Н.А. Плугатаренко,
Л.М. Белецкая

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОБЛАСТОЗОВ У ДЕТЕЙ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В УСЛОВИЯХ
ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

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

T.A. Sirotschenko, M.Yu. Sulzhenko, N.A. Plugatarenko, L.M. Beletskaia
**PECULIARITIES OF THE COURSE OF HEMOBLASTOSIS IN
CHILDREN OF THE LUGANSK PEOPLE'S REPUBLIC UNDER THE
CONDITIONS OF THE LOCAL MILITARY CONFLICT**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В современном мире среди причин смертности у детей на долю новообразований приходится 4-5 %. В структуре новообразований, приводящих к летальности 40 % приходится на гемобластозы. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний детского возраста и вносит существенную дою в уровень смертности детей старше 1 года. Применение в нашей стране современных протоколов лечения гемобластозов, основанных на принципах интенсивной полихимиотерапии, с учетом индивидуального риска возникновения рецидива заболевания позволяет достичь 5-летней бессобытийной выживаемости у 66-75% пациентов.

Цель работы: изучить клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов у детей Луганской Народной Республики за период 1995-2016 гг.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась когорта детского населения 0-17 лет. В исследование вошли все пациенты, у которых зарегистрировано онкогематологическое заболевание: ОЛЛ, острый миелобластный лейкоз, неходжкинская лимфома, лимфогранулематоз и прочие, более редко встречающиеся нозологические единицы. Интенсивные показатели заболеваемости, смертности рассчитывались на 100 000 детского населения. Рас-

чет показателей, статистическая обработка данных проводилась стандартными средствами Microsoft Excel 2007 и Statistica 6 (применялся непараметрический критерий χ^2).

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что пик заболеваемости приходится на возраст от 2 до 4 лет с постепенным уменьшением числа заболевших в возрасте 7 лет и старше. Менее заметный рост числа заболевших приходится на возраст 10-14 лет. Мальчики болеют ОЛЛ чаще ($65,8 \pm 3,0$ %), чем девочки ($34,2 \pm 3,0$ %). Эта закономерность особенно отчетливо прослеживается в возрастном периоде от 2 до 4 лет, когда формируется так называемый младенческий пик возрастной заболеваемости ОЛЛ. В возрасте 10-14 лет заболеваемость ОЛЛ имеет примерно одинаковый уровень.

Частота лейкозов у детей в России составляет 3,2-4,4 на 100 000 детского населения. В Луганской Народной Республике заболеваемость ОЛЛ по данным 2016 года составляла 2,82 случая на 100 000 детского населения. В тоже время данные за 10 месяцев текущего, 2017 г., показывают, что именно на данный год приходится очередной пик заболеваемости, которая составила – 6,12. Предыдущий, сходный по выраженности пик заболеваемости отмечался в 2013 г., что соответствует классической «пиковости» данной нозологической единицы с периодичностью в 6-8 лет.

Максимально выраженная летальность от ОЛЛ констатирована в возрастной группе до 1 года, что соответствует данным литературы. Низкая эффективность лечения детей до года нами связывается с физиологическими особенностями постнатального развития и особой злокачественностью В-лимфолейкоза, характерного для этого возраста. После 12 лет относительно неблагоприятный прогноз, возможно, связан с пубертатным периодом, особенностями гормонального статуса больных. Анализ других публикаций, представленных в литературе, также показывает, что наиболее существенно влияют на неблагоприятный исход ОЛЛ гиперлейкоцитоз периферической крови (более $20,0 \times 10^9 / \mu$), увеличение селезенки и печени (более чем на 5 см ниже реберной дуги), а в некоторых случаях L_3 морфологический вариант заболевания.

Полиморфизм клинических проявлений и отсутствие патогномичных симптомов препятствуют постановке диагноза на ранних стадиях, а полисистемность поражения маскирует ОЛЛ под разнообразные заболевания. Наш опыт показывает, что первое обращение пациента в дебюте острого лейкоза может быть не

только к педиатру или врачу общей практики, но и любому узкому специалисту. Тщательный опрос и внимательный осмотр, при необходимости – клинический анализ крови помогут заподозрить это заболевание и своевременно направить ребенка в специализированное отделение. Это представляется возможным при наличии определенной онкологической настороженности практических врачей. Значимая роль в постановке диагноза принадлежит работникам клинических лабораторий, именно от их квалификации и опыта зачастую зависит своевременная постановка диагноза.

Заключение. Таким образом, в настоящее время диагноз острого лейкоза у детей не является фатальным, современные программы лечения позволяют достичь стойкой ремиссии у 60-80 % больных, особенно при лимфобластных вариантах. Успех лечения во многом определяется сроками диагностики и назначения адекватной терапии. Дебютный период ОЛЛ у детей может протекать под «масками» заболеваний, сопровождающихся гиперплазией органов или обусловленных цитопеническим синдромом. Сочетание анемии с лейкоцитозом (лейкопенией), лимфо(моно)цитозом и тромбоцитопенией является показанием к исследованию пунктата костного мозга для своевременной диагностики заболевания, что позволит улучшить прогноз. Перспективы улучшения прогноза также связаны с внедрением современных технологий в диагностику и лечении, что напрямую зависит от адекватного финансирования и решения ряда организационных задач.

УДК 616-006.04-08:615.272

Н.И. Сухоплюева, И.В. Дичанская, Л.Г. Кузан, Д.А. Климова
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ
ПРЕПАРАТОМ «ВЕЛКЕЙД»

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск, ЛНР
nad721@yandex.ru

N.I. Sukhopljueva, I.V. Dichanskaja, L.G. Kuzan, D.A. Klimova
THE USE OF «VELCADE» IN TREATMENT OF MULTIPLE
MYELOMA PATIENTS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR
Lugansk Republic Clinical Hospital, Lugansk, LPR

Актуальность. Множественная миелома (ММ) является широко распространенным опухолевым заболеванием системы крови, ко-
Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии

торое до сих пор остается неизлечимым. У 30-40% больных наблюдается первичная резистентность к химиотерапевтическому лечению и у всех в разные сроки развивается вторичная резистентность. В последнее десятилетие в лечении ММ активно используется ингибитор протеасомы бортезомиб (велкейд), обладающий способностью предотвращать развитие резистентности к химиотерапии.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность терапии бортезомибом у больных рецидивирующими и рефрактерными формами ММ, в том числе уже лечившихся ранее бортезомибом.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 30 больных рецидивирующими и рефрактерными формами ММ, лечившихся в гематологическом отделении Луганской республиканской клинической больницы с 2006 по 2017 гг. Использовались следующие комбинации препаратов: бортезомиб+дексаметазон (VD), VD+циклофосамид (CVD), бортезомиб+мелфалан+преднизолон (VMP) и бортезомиб+дексаметазон+доксорубин (PAD).

Результаты и обсуждение. Объективный ответ среди всех пациентов (ОО) в виде полной или близкой к полной ремиссии (ПР/БПР), частичной ремиссии (ЧР) и минимального ответа (МО) составил 70%. При этом у 25% больных получена ПР/БПР, у 32% – ЧР и у 13% – МО. У 17% больных достигнута стабилизация опухолевого процесса. У 13% пациентов отмечена прогрессия заболевания. Была проведена оценка эффективности лечения больных ММ с учетом использованной программы лечения. У пациентов, получавших VD, ОО составил 69% (ПР/БПР были зарегистрированы у 24% больных). В группе больных, лечившихся по схеме CVD, ОО составил 68% (ПР/БПР достигнуты у 22% больных). У больных, получавших VMP, ОО составил 71% (ПР/БПР достигнуты у 24% больных). У пациентов, получавших PAD, ОО составил 72% (ПР/БПР достигнуты у 27% больных). Таким образом, результаты применения бортезомиба в различных комбинациях показали, что ОО, количество ПР/БПР не имели существенных различий.

Заключение. Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что комбинации на основе бортезомиба проявляют высокую эффективность. Программы VD, CVD, VMP и PAD могут успешно применяться в разных возрастных группах больных, независимо от стадии болезни.

УДК 614.88 – 058.65 447(61/.62)

**А.В. Торба, В.В. Долгополов, Э.В. Сумишевский,
И.Г. Клевака, Г.В. Кузнецова**

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ В
ВООРУЖЕННОМ КОНФЛИКТЕ НА ДОНБАССЕ**

*ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
dr-dolgopолоv@mail.ru*

**A.V.Torba, V.V. Dolgopолоv, E.V. Sumishevskiy. I.G. Klevaka,
G.V. Kuznecova.**

**EXPERIENCE OF THE EVACUATION ORGANIZATION IN THE
ARMED CONFLICT AT THE DONBASS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность: В зоне вооруженных конфликтов основная масса ранений приходится на огнестрельные, что влечет за собой санитарные потери, которые необходимо как можно быстрее восполнить. Во время войны в Афганистане 1979-1989 гг. в строй вернулось 82% раненых. При проведении контртеррористических операций на Северном Кавказе в 1994-1996 гг - 87,1%; 1999-2002 гг - 89,5%. В структуре боевой хирургической травмы легко раненые могут составить до 50% общего числа санитарных потерь. Около 2/3 случаев приходится на изолированные и 1/3 - на множественные ранения. Преобладают повреждения конечностей, ранения мягких тканей головы составляют до 20%, другой локализации - 17%.

Практическая работа медицинской службы в ходе контртеррористической операции в Чеченской республике показала, что усиление хирургами и анестезиологами медицинских пунктов и медицинских рот частей, участвующих в боевых действиях, смогло обеспечить качественное выполнение не только установленного объема первой врачебной помощи, но и ряда мероприятий неотложной, квалифицированной хирургической помощи. Опыт показал, что оказание первой врачебной помощи, приведение раненого в транспортабельное состояние и быстрая его эвакуация являются более важными мероприятиями, чем неоправданное лечение при недостатке средств и возможностей. При этом большое значение приобретает медицинская сортировка раненых и их эвакуация.

Цель работы: Анализ организации наиболее ускоренных путей и сокращения времени эвакуации раненных с места получения ранения с оказанием квалифицированной и специализированной

медицинской помощи в масштабах первого эшелона в течение 3-5 часов с момента получения ранения.

Материалы и методы. В период проведения активных боевых действий вооруженного конфликта на Донбассе в 2014 -2015 гг. Из зоны боевых действий эвакуировалось около 80% раненых с ранениями различной степени тяжести. Всем раненым и пострадавшим на первом этапе эвакуации силами усиленного медицинского пункта батальона (МПБ) в состав которого входили: 3 -хирурга, 1- анестезиолог, 2-операционных сестры, 4-санитара, оказывалась первая врачебная медицинская помощь. Всем поступившим в МПБ в 100% требуемых случаев выполнялась ПХО ран, с дальнейшей подготовкой пострадавших к эвакуации в медицинские учреждения тыла, для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

После эвакуации раненного с поля боя, в среднем до 15-20 минут, раненный доставлялся на санитарный пост подразделения, где ему оказывалась первая медицинская помощь в объеме: контроль наложения жгута, наложенной повязки, введение анальгетиков. После чего, в течение 30-50минут санитарным транспортом выполнялась эвакуация в усиленный МПБ. Всем раненым поступившим в усиленный МПБ, в зависимости от тяжести состояния, проводились мероприятия по восполнению объема циркулирующей крови, противошоковая терапия, выполнение первичной хирургической обработки ран любой локализации с мобилизацией огнестрельных переломов. После сортировки и подготовки к эвакуации всех раненных делили на следующие группы:

1. ранения головы (повреждения лицевого и мозгового отделов черепа, ЛОР органов, органов зрения) -52 раненых;
2. проникающие ранения грудной клетки -18 раненных
3. Открытые огнестрельные переломы конечностей с множественными ранениями мягких тканей -123 раненных
4. Проникающие ранения брюшной полости с внутрибрюшным кровотечением -21раненный
5. Ранения отделов позвоночника -7 раненых
6. Множественные ранения мягких тканей -82 раненных

В первую очередь эвакуации подвергались раненные из 3,4 групп, все они доставлялись в близлежащие ЛПУ 2-3 уровня для остановки внутреннего кровотечения и стабилизации состояния.

После чего выполнялась дальнейшая эвакуация для выполнения специализированной медицинской помощи в медицинском учреждении 3 уровня. Раненные из 1, 2, групп эвакуировались с места дислокации усиленного МПБ непосредственно в ЛПУ 4 уровня, для оказания специализированной медицинской помощи. Эвакуация в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) осуществлялась транспортом скорой помощи. Все раненные из 5 группы, после оказания первой врачебной помощи на месте усиленного МПБ эвакуировались в медицинские подразделения частей, что существенно снижало нагрузку на персонал гражданских ЛПУ.

Результаты и обсуждение. Практический опыт работы военно-медицинской службы в ходе локальных войн и вооруженных конфликтов (Афганистан 1979-1991 гг., Чечня 1994-1996, 1999-2002 гг., показал, что эшелонирование специализированной медицинской помощи является основой лечебно-эвакуационных мероприятий. Таким образом, в настоящее время базовую основу современной системы лечебно-эвакуационных мероприятий составляет система этапного лечения с эвакуацией по назначению с тремя ее основными принципами: специализацией медицинской помощи, эвакуацией раненых и больных по назначению и эшелонированием медицинской помощи.

В ходе боевых действий на Донбассе в 2014-2015 гг. 90% раненым поступившим в усиленный МПБ в полном объеме выполнена первая врачебная помощь. Раненные поступившие в состоянии сочетанного шока- 20% от общего числа раненых, подготовлены к эвакуации и отправлены в ЛПУ 3 уровня в течение 1 часа с момента получения ранения. Всем легкораненым 27% выполнено ПХО ран в 100% случаев в полном объеме. Их дальнейшая эвакуация осуществлялась в медицинские подразделения частей в течение 2-3 часов с момента поступления в усиленный МПБ.

Заключение. В результате проведенной работы можно подвести следующие итоги:

- При организации эвакуации раненых первая врачебная помощь должна оказываться в течение первого часа, что впоследствии снижает процент неблагоприятных осложнений раненных.

- Усиление МПБ доказало свою эффективность уже в течение первой недели своей работы, т.к. выполнение ПХО ран различной локализации значительно снизили развитие осложнений и загроуженность хирургов ЛПУ.

- Активное привлечение подразделений скорой медицинской помощи, для эвакуации раненных в ЛПУ, из усиленного МПБ значительно усилило пропускную способность усиленного МПБ до 15-25 человек в час.

- Эвакуация раненных в ЛПУ 3-4 уровней значительно сократила временные параметры для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

- Таким образом возможна организация эвакуации раненных с минимальным применением военных госпиталей находящихся во 2-3 эшелонах путем привлечения лечебных учреждений гражданского здравоохранения, для оказания медицинской помощи раненым в условиях локального вооруженного конфликта.

УДК 616.345-001.2-08:618.146-006.6

А.В. Торба^{1,2}, А.В. Коваленко¹, В.А. Болдырева¹, А.Ю. Коваленко¹
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛУЧЕВЫХ
ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ РЕКТИТОВ

¹ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР, Луганск, ЛНР

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

A.V. Torba^{1,2}, A.V. Kovalenko¹, V.A. Boldyreva¹, A.Yu. Kovalenko¹
ENDOSCOPIC TREATMENT OF POST OF RAYS
HEMORRHAGIC RECTANTS

¹*State Institution "Lugansk Republican Clinical Oncology Center" LNR, Lugansk, Lugansk People's Republic*

² *SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR*

Введение. В структуре общей онкологической заболеваемости гинекологический рак составляет 18,3 % [А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, 2014; С. Halperin, A. Perez, W. Brady, 2010]. Лучевая терапия злокачественных опухолей гениталий даже с использованием современных возможностей радиотерапевтической аппаратуры и дозиметрического планирования приводит к развитию у 20-80 % пациенток лучевых изменений со стороны слизистой прямой кишки, мочевого пузыря и влагалища [А.А. Жариков, О.В. Терехов, 2013; E. Van Limbergen, 2009]. Хронический постлучевой ректит является одним из распространенных осложнений (от 14 до 63 %), возникающих после лучевой терапии [G.D. Kennedy, C.P. Heise, 2007; N.L. Do,

D. Nagle, V.Y. Poylin, 2011]. По данным зарубежных авторов, ремиссия достигается лишь у 35-65 % больных, а рецидивы наблюдаются у 30-80 % пациентов [S.A. Wilson, D.K. Rex, 2006].

Цель исследования. Провести анализ постлучевых повреждений дистальных отделов толстой кишки у женщин с диагнозом «Рак шейки матки» и предложить метод эндоскопического лечения.

Материалы и методы. За период 2014-2017 годы, при эндоскопическом исследовании, пациентов прошедших лучевую терапию и имеющих жалобы на кровянистые выделения из прямой кишки, хронический постлучевой ректит (проктосигмоидит) II степени диагностирован нами у 12 человек. Возрастной диапазон от 42 до 76 лет. Все пациенты (100 %) женского пола получавшие брахитерапию по поводу рака шейки матки.

Для проведения рекомендованного нами метода лечения была использована видеоэндоскопическая стойка FUJINON EPX-2500 с применением колоноскопа EC-250WL-5 и зонда для коагуляции VICOAG OLYMPUS CD-B610LA.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам на первом этапе выполняли прицельную электрокоагуляцию только кровоточащих капилляров с применением электрохирургического блока Valleylab Force 2 в режиме Blend 3 40-50 Вт – 1 сеанс. После достижения гемостаза пациенту назначалось и проводилось общее и местное лечение по утвержденной схеме (диета №4, производные 5-ацетилсалициловой кислоты (5-АСК) месалазин, салофальк в дозе 1,5-2 гр в сутки в виде ректальных свечей; свечи метилурациловые по 1 свече 2 раза в сутки; микроклизмы 50-70мл с 10% р-ром димексида (ДМСО) и преднизолона 30мг 2 раза в сутки; в дальнейшем микроклизмы с синтозоном, маслом облепихи (50%), маслом шиповника (50%). При выраженном болевом синдроме свечи с новокаином, анестезином, вольтареном. По прошествии месячного курса лекарственной терапии всем пациентам выполнялась электрокоагуляция расширенных капилляров – начиная с мест их наибольшего скопления – передняя стенка прямой кишки, вовлекая в лечение за 1 курс «сплошной коагуляции» не более 1/4 окружности кишки. После консервативного лечения, при необходимости, курсы электрокоагуляций были продолжены.

Заключение. Полная эпителизация изъязвлений была достигнута нами в среднем через 1,5 – 2 месяца после коагуляции. Осложнений, в

первую очередь рубцовых стриктур кишки, отмечено не было. У всех пациентов удалось добиться исчезновения кровянистых выделений и постепенного возвращения уровня гемоглобина до уровня нормы.

УДК 616.25 - 089.87 : 616.24 - 002.5 - 089

Д.А. Филатов, Е.А. Гаргат, Г.Н. Роечко, Л.Н.Насиковская,
В.Е. Блащук-Цвелева

**МАЛОТРАВМАТИЧНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ОБЪЁМА
ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ В РЕЗЕКЦИОННОЙ И
НЕРЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ**

ГУ «Луганский республиканский противотуберкулёзный диспансер»
ЛНР, Луганск, ЛНР

D.A. Filatov, E.A. Gargat, G.N. Royenko, L.N. Nasicovskaya,
V.E. Blaschuk-Cveleva

**SAFE METHODS OF CORRECTION OF PLEURAL CAVITY VOLUME
IN LUNG SURGERY OF TUBERCULOUS**

Lugansk republic tuberculous dispenser, Lugansk, LPR

Актуальность. Современный туберкулёз помимо агрессивности, обусловленной растущей устойчивостью возбудителя к основным и резервным антимикобактериальным препаратам, всё с большей частотой приводит к значительному объёму разрушения легочной ткани, что вынуждает выполнять массивные резекции лёгкого, вызывающие серьёзное несоответствие объёмов остающейся легочной паренхимы и пострезекционного пространства. В случаях, когда резекционная хирургия невозможна в силу ряда причин, применяются коллапсо-хирургические вмешательства, направленные на редукацию объёма плевральной полости со стороны поражения, что достигается путём резекции части рёбер и полной декостацией верхних отделов грудной клетки. Торакопластика как лечебная, так и корригирующая травматичные оперативные вмешательства, обладающие высокой стрессогенностью и сопровождаются немалым количеством как интра- так и послеоперационных осложнений, а изменения каркасности грудной клетки заставляют работать многие органы в антифизиологических условиях, что не улучшает качество жизни пациента.

Цель работы. Оценка эффективности малотравматичных методов коррекции объёма плевральной полости без нарушения целостности грудино-рёберного каркаса в хирургическом лечении туберкулёза.

Материалы и методы. На базе лёгочно-хирургического отделения Луганского республиканского противотуберкулёзного диспансера коррекция объёма плевральной полости как после резекции лёгкого, так и для создания лечебного коллапса лёгкого выполняется без разрушения рёберного каркаса. В случае коррекции объёма гемиторакса при резекциях лёгких – отслаивается париетальная плевро в верхних отделах с формированием экстраплеврального пространства и созданием нового купола плевральной полости на уровне соответствующем объёму остающейся легочной ткани. Экстраплевральное пространство туго заполняется гемостатической коллагеновой губкой, париетальная плевро ушивается. Для создания лечебного необратимого коллапса нами применяется следующая методика. Поднадкостнично резецируется 3-е или 4-е ребро по среднеподмышечной линии на протяжении 7-8см, под видеоконтролем отслаивается париетальная плевро купола сзади до 7-го ребра, медиально до корня лёгкого, спереди до 4-го ребра, экстраплевральная полость также заполняется гемостатической коллагеновой губкой, дренируется для удаления избытка экстраразата.

Всего выполнено 55 оперативных вмешательств с формированием экстраплеврального пространства и заполнением его коллагеном. Как коллапсохирургический метод плевроколлагенопластика с экстраплевральным пневмолизом выполнена в 35 случаях, у двух больных с двух сторон. С целью интраоперационной коррекции пострезекционного пространства плевроколлагенопластика выполнена у 20 больных.

Результаты и обсуждение. Послеоперационной летальности не было. Течение послеоперационного периода после резекций долей и полисегментарных резекций лёгкого с применением плевроколлагенопластики не отличалось от такового после рутинных резекций. Значительная редукция коллагена с формированием сухой экстраплевральной полости отмечена только в одном случае. Реэкспансия каверн с возобновлением бактериовыделения в случае лечебной плевроколлагенопластики констатировано у 4 больных на фоне прерванного лечения мультирезистентного туберкулёза, а редукция 30% объёма коллагена в течение полугода наблюдения выявлена у 10 человек без реэкспансии полостей и на фоне стойкого абациллирования как по мазку, так и культуральным методом. В целом результативность методики близка к 92%.

Заключение. Применение плеврокотлагиенопластики мало-травматичный метод позволяющий достигнуть высокого лечебного эффекта без нарушения целостности грудино-рёберного каркаса, а применение этой методики в качестве коллапсохирургического пособия позволяет помочь больным, для которых классическая торакопластика непереносима.

УДК 616.71-006

А.И. Швец, И.И. Гаврилов, А.А. Панкратьев
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОЯСНИЧНОГО СПИНАЛЬНОГО
СТЕНОЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
lgmu-trauma@mail.ru

A.I. Shvets, I.I. Gavrilov, A.A. Pankratiev
SURGICAL DECOMPRESSION IN TREATMENT OF TRAUMATIC
LUMBAR STENOSIS IN THE ACUTE PERIOD

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Значительная часть взрывных переломов в грудно-поясничном отделе позвоночника сопровождается внедрением фрагмента сломанного позвонка в позвоночный канал. По современным требованиям общепринятой тактикой лечения этой группы пострадавших считается хирургическая стабилизация поврежденного сегмента. В то же время остается дискуссионной и актуальной проблема декомпрессии дурального мешка и восстановление объема позвоночного канала. Дискуссионными остаются вопросы целесообразности восстановления объема позвоночного канала с декомпрессией спинного мозга или его элементов, а именно, клинические и рентгенологические показания к ремоделированию позвоночного канала. Разносторонний подход к решению вопроса о декомпрессии позвоночного канала свидетельствует об актуальности решения этой проблемы.

Цель работы. Провести анализ вариантов и величины стеноза позвоночного канала при взрывных переломах грудно-поясничного и поясничного отделов позвоночника и анализ клинической эффективности различных технических вариантов декомпрессии дурального мешка.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 106 пациентов со взрывными переломами позвонков груднопоясничного и пояснич-

ного отделов позвоночника. Из них 67 (63,3 %) мужчины. Средний возраст пациентов 36,8 (23-52) лет. Всем пациентам проводилась рентгенография поврежденного отдела позвоночника в стандартных проекциях, клиническое обследование, включая оценку неврологического статуса. Из общего числа пациентов 52-м проводилась КТ или МРТ до оперативного лечения и 27 пациентам – после операции. Повреждения типа А3.1 наблюдались у 22 (42,2%) пациентов, типа А3.2 – у 6 (11,6%), типа А3.3 – у 24 (46,2%). Без неврологического дефицита было 40 (77%) пациентов и 12 (23%) – с проявлениями неврологической заинтересованности. На КТ измерялся наименьший размер сагиттального диаметра на уровне повреждения.

Всем больным проведено оперативное лечение с коррекцией деформации и фиксацией стержневой транспедикулярной конструкцией (МОСТ, ChM, KONMET, Stryker). Ремоделирование позвоночного канала проводилось путем прямой декомпрессии дурального мешка из переднего доступа с резекцией тела позвонка и удалением фрагментов из позвоночного канала (10 больных), путем прямой декомпрессии из заднего доступа с гемилияминэктомией и удалением и импрессией сместившихся в позвоночный канал фрагментов (11 больных) и непрямой (закрытой) декомпрессией путем транспедикулярного спондилосинтеза с формированием лордоза и дистракцией на уровне поврежденного сегмента (29 больных). При большом разрушении краниальной половины тела позвонка с массивной экструзией фрагментов в позвоночный канал двум больным из заднего доступа проведена горизонтальная декомпрессирующая укорачивающая гемиспондилэктомия.

Результаты и обсуждение. Для оценки результатов лечения среди 52 больных выделены 2 группы: первую группу составили 40 (77%) пациентов без неврологического дефицита, во вторую группу включены 12 (23%) пациентов с проявлениями неврологической заинтересованности. У двух больных второй группы на фоне болевого синдрома определялся нижний парапарез с задержкой мочеиспускания (Frankel C) и у 2-х – Frankel D. У остальных больных отмечался выраженный болевой корешковый синдром с той или иной степенью двигательных нарушений корешкового типа.

При линейных измерениях величины сагиттального размера позвоночного канала в случаях взрывных переломов типа А3.1 стеноз позвоночного канала в среднем составил 46,4% (10-88%), типа А3.2 –

44% (15-70%), А3.3 - 65,4% (10-90%). У пациентов с неврологической заинтересованностью спинальный стеноз составил 68,1% (55-90%). Наибольшая величина стеноза (87% - 90%) чаще наблюдалась у больных с оскольчатым переломом тел L3, L4 и L5 позвонков. В группе больных без неврологической заинтересованности в двух случаях стеноз достигал 90%. В 4-х случаях на КТ определялось несоответствие степени стеноза позвоночного канала в сагиттальной и горизонтальной плоскостях. В сагиттальной плоскости степень позвоночного канала достигала 85%, в то время как в горизонтальной плоскости сохранялся значительный объем позвоночного канала. Такая ситуация наблюдалась в случае косоугольного (по диагонали) расположения сместившегося фрагмента и в случае бифрагментарной экструзии, когда один фрагмент выступает в позвоночный канал намного больше другого.

В случаях спинального стеноза на фоне многооскольчатого перелома типа А3.3, как в случаях с неврологической заинтересованностью, так и в не осложненных случаях проводилась передняя прямая декомпрессия спинальных структур - резекция тела сломанного позвонка с восстановлением объема позвоночного канала и восстановлением передней опоры с транспедикулярной фиксацией (10 больных). В случаях спинального стеноза более 60% с неврологическим дефицитом Frankel C и D, корешковым болевым синдромом с двигательными и чувствительными расстройствами корешкового характера 11 больным проведена прямая задняя декомпрессия с гемилиаминэктомией на пораженном уровне, удалением смещенного фрагмента тела позвонка из позвоночного канала или (и) импрессией его. Остальным больным, учитывая эффект непрямого ремоделирования позвоночного канала за счет лигаментотаксиса, проведена транспедикулярная фиксация с восстановлением лордоза и дистракцией на уровне поврежденного сегмента.

У больных с неврологическим дефицитом Frankel C и D на следующий день после операции отмечалось уменьшение или исчезновение болевого синдрома, чувства онемения, увеличение объема движений в конечностях. В течение трех месяцев наступило полное восстановление неврологических расстройств (Frankel E). У больных с корешковыми нарушениями и болями отмечалось исчезновение или уменьшение боли со следующего дня после операции, исчезновение или уменьшение нарушения чувствительности, увеличивалась мышечная сила и активность. При этом

положительный эффект наступал как при полной прямой задней декомпрессии, так и при частичной. В группе больных, которым проводилась транспедикулярная фиксация с восстановлением лордоза и дистракцией, наступило ремоделирование позвоночного канала в 98% случаев с уменьшением исходной степени спинального стеноза в среднем на 72% (20-100%). Наименьшее ремоделирование наблюдалось у одной больной с переломом L1- A3,3 с выколом и отстоянием в позвоночный канал нижнезаднего края позвонка и у двух больных с «оттеснением» задневерхнего края позвонка. В обоих случаях фрагменты охватывали почти всю заднюю часть тела позвонка. Остаточный стеноз составил 40%, 20% и 15% соответственно. В до и послеоперационном периоде клинических проявлений стеноза позвоночного канала у этих больных не было. Двум больным без неврологической заинтересованности, но со спинальным стенозом 90% проведена передняя декомпрессия с восстановлением передней опоры и транспедикулярная фиксация.

По клинико-рентгенологичным критериям хорошие результаты получены в 98% случаев. При оценке результатов лечения использовались критерии объективизации хирургической коррекции позвоночного канала.

Анализ полученных результатов показал, что травматический стеноз позвоночного канала при повреждениях грудного или поясничного отделов позвоночника не является показанием для прямой открытой декомпрессии дурального мешка путем корпорэктомии или ламинэктомии с циркулярной декомпрессией. Исключением являются случаи со стенозом критической величины (70-90%), при которых отсутствие неврологической заинтересованности можно скорее отнести к казуистике. Сужение позвоночного канала более 50% чревато сохранением остаточного спинального стеноза с элементами неврологических нарушений. При отсутствии неврологического дефицита либо корешкового болевого синдрома и при отсутствии значительного разрушения передней опоры показана непрямая декомпрессия дурального мешка за счет эффекта лигаментотаксиса путем транспедикулярной дистракции и фиксации.

Заключение. Закрытое ремоделирование позвоночного канала транспедикулярной фиксацией с эффектом лигаментотаксиса наиболее эффективно при стенозе монофрагментом из верхне-заднего отдела тела поврежденного позвонка.

Ремоделирование позвоночного канала при значительном разрушении тела позвонка выполняется в процессе переднего спондилодеза. Показанием к прямой задней декомпрессии позвоночного канала является наличие неврологической заинтересованности и корешковых болей при стенозе более 50%-60%, или асимметричном стенозе меньшего размера с непосредственной компрессией спинно-мозговых корешков.

УДК 616.61-001-053.2-08

А.А. Щербинин, В.Н. Мальцев, А.В. Щербинин, С.А. Фоменко
СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Республиканская детская клиническая больница, Донецк, ДНР
alex79med@mail.ru

A.A. Shchierbinin, V.N. Maltsev, A.V. Shchierbinin, S.A. Fomenko
COMBINED DAMAGE OF ORGANS OF THE URINARY
SITEMA IN CHILDREN

Republican children's clinical hospital, Donetsk, DPR.

Актуальность. Травма органов мочевыделительной системы у детей составляет около 5% от общего числа пациентов хирургического профиля.

Цель работы: поделиться нашим опытом лечения детей с сочетанной травмой органов мочеполовой системы.

Материалы и методы. За 25 в клинике находилось 27 детей с сочетанной травмой почек, 6 с травмой мочевого пузыря и 4 с разрывом уретры. Автотраuma – 40,7%, падение с высоты – 27,8%, другие виды травмы – 31,5% (сдавление, прямой удар, контрудар, ножевые ранения, инородное тело). Программа обследования включала в себя общеклиническое обследование с тщательным сбором анамнеза, уделяя особое внимание обстоятельствам и механизму травмы. В дальнейшем параллельно мониторингу гемодинамических и лабораторных показателей проводили уточнение диагноза. Скрининг методом, позволяющим наиболее быстро и безопасно оценить состояние исследуемых органов, мы считаем ультразвуковое исследование.

Результаты и их обсуждение. Тяжесть состояния во многом определялась сопутствующей скелетной травмой, повреждением других паренхиматозных органов, черепно-мозговой травмой. При

лечении тупых травм почек мы придерживаемся преимущественно консервативной тактики. Всем больным в обязательном порядке проводим УЗИ контроль и экскреторную урографию в динамике. Показанием к нефруретерэктомии считаем отрыв почечной ножки или сосудов, разможнение почки (перед операцией обязательно необходимо убедиться в наличии второй функционирующей почки). В других случаях мы стремимся к органосохраняющим операциям: ушиванию разрывов, резекции. Во всех случаях разрывов мочевого пузыря проводили срочное оперативное вмешательство. Объём операции определялся индивидуально и заключался в ушивании разрывов с обязательным дренированием брюшной полости или околопузырного пространства, эпицистостомией.

При травмах уретры на первом месте стоит своевременная диагностика и госпитализация в урологическое отделение. Считаем необходимым восстановление целостности уретры в первые 6 часов после травмы путем наложения анастомоза по типу «конец в конец» на «бублике» с обязательным наложением эпицистостомы. У всех больных с разрывом уретры мы применяли данную методику с удовлетворительным ближайшим и отдаленными результатами.

Заключение. Все пациенты с сочетанной травмой органов мочеполовой системы нуждаются в оказании экстренной специализированной помощи. При повреждении почек мы сторонники органосохраняющей тактики, повреждения мочевого пузыря и уретры требуют неотложного оперативного лечения.

**ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

УДК 611-615.2-616.4

Е.Ю. Бибик, М.В. Золотаревская, Н.В. Шпилова,
О.А. Шпулина, О.А. Чурилин
**МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛОЙ ПУЛЬПЫ
СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ,
ВЫЗВАННОМ ИЗБЫТОЧНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ
ПАЛЬМОВОГО МАСЛА**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
isidalilit91@gmail.com

E.Yu. Bibik, M.V. Zolotarevskaya, N.V. Shipilova, O.A. Shpulina,
O.A. Churilin

**MORPHOMETRIC PARAMETERS OF WHITE PULP OF THE RATS'
SPLEEN AT THE ALIMENTARY OBESITY CAUSED BY EXCESSIVE
PALM OIL INTAKE**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В России около 30% трудоспособного населения страдают ожирением. Пищевые рационы лиц с данным заболеванием содержат продукты с большим содержанием жиров, в частности, пальмового масла. Доказано, что при алиментарном ожирении в жировой ткани повышается синтез лептина и снижается продукция адипонектина, что вызывает изменения фагоцитарной активности макрофагов и интенсивности воспалительных реакций. Поэтому исследование структурно-функциональной организации селезенки как важнейшего периферического органа иммунной системы, отвечающего за реакции антиген зависимой пролиферации и дифференцировки иммуноцитов, при алиментарном ожирении, индуцированном применением пальмового масла, является актуальным.

Цель работы - изучить морфометрические показатели белой пульпы селезенки крыс половозрелого возраста при алиментарном ожирении, вызванном длительным приемом пальмового масла.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 12 белых разнополых крысах половозрелого возраста массой 180-240 г. Контролем служили 12 интактных крыс. В качестве экспериментальной модели алиментарного ожирения использовалась высокожировая диета с приемом пальмового масла в дозе 30 г/кг массы тела в течение 42 суток. Забой животных осуществляли способом декапитации под эфирным наркозом. Гистологические срезы селезенки окрашивали гематоксили-

ном и эозином. С помощью программы AxioVision (Rel.4.8.2) измеряли площадь сечения белой пульпы, ширину маргинальной и мантйной зоны лимфатических узелков селезенки.

Результаты и обсуждение. Площадь сечения белой пульпы селезенки интактных и подопытных крыс имела значения $22,93 \pm 0,20\%$ и $18,03 \pm 0,12\%$ соответственно, что указывает на достоверное снижение показателя на $21,37\%$ при добавлении в пищу пальмового масла. Ширина мантйной и маргинальной зон ($68,62 \pm 6,05$ мкм и $74,44 \pm 2,22$ мкм) у животных с экспериментальным ожирением также значимо уменьшались на $25,89\%$ и $24,02\%$. Снижение морфометрических показателей белой пульпы селезенки на фоне алиментарного ожирения, вызванного большими дозами пальмового масла, свидетельствует о снижении интенсивности процессов пролиферации и дифференцировки иммуноцитов в Т- и В-зависимых зонах органа, что может приводить к угнетению реакций клеточного и гуморального иммунитета.

Заключение. Включение в пищевой рацион крыс пальмового масла в дозе 30 г/кг массы тела на протяжении 42 суток характеризуется структурными преобразованиями белой пульпы селезенки с морфологическими признаками инволютивных изменений.

УДК 616.36

В.А. Гаврилов, В.А. Мельник, В.М. Дроздов, А.Д. Куценко,
В.Ю. Войнова

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОСУЖДЕННЫХ НА ПОЖИЗНЕННОЕ ЛИШЕНИЕ СВОБОДЫ

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

V.A. Gavrilov, V.A. Melnik, V.M. Drozlov, A.D. Kutsenko,
V.Y. Voinova

THE DENTAL STATUS OF PRISONERS SENTENCED TO LIFE IMPRISONMENT

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Исследование состояния стоматологического статуса лиц, находящихся длительное время в одинаковых социально-экономических, трудовых и культурно-бытовых условиях, осужденных на длительные сроки лишения свободы является актуальным. Использование традиционных клинических методов

оценки состояния стоматологического статуса и диагностики доклинических форм заболеваний далеко не всегда позволяют обнаружить патологические изменения и, это требует дальнейшего совершенствования методологии медицинского обследования. Анализируя зарубежные работы по теме «стоматологический статус заключенных», можно сделать вывод о том, что стоматологическое здоровье зависит от таких факторов, как возраст заключенных, пол, расовая и этническая принадлежность, религия. Согласно законам многих стран все осужденные имеют одинаковое право на медико-санитарное обеспечение и получение медицинской помощи. К сожалению, в Луганской области полноценного стоматологического обследования заключенных ранее не проводилось.

Цель. Анализ распространенности стоматологических заболеваний осужденных и приговоренных к пожизненному заключению под стражу за тяжкие уголовные преступления.

Материалы и методы. Предметом исследования стали осужденные за тяжкие уголовные преступления и приговорённые к пожизненному лишению свободы с отбыванием наказания в исправительных учреждениях Луганской области (n=71). Материалами исследования послужили стоматологические амбулаторные карты 71-го осужденных. По нашим данным в местах лишения свободы Луганской области на 2013 г. отбывали наказания 71 осужденный: в возрасте от 18 до 25 лет – 4 человека, от 25 до 55 лет – 64. Из них: срок пребывания в заключении более 22 лет - 1 заключенный.

Результаты и обсуждение. В ходе осмотра полости рта и анализа первичной медицинской стоматологической документации исследовали индекс, наиболее полно отражающий стоматологическую заболеваемость и её распространенность - наличие зубов, осложненных кариесом и его осложнениями, наличие пломбированных и удаленных зубов (КПУ). Определено, что показатель КПУ зависит от возраста заключенного, срока пребывания в заключении, сопутствующих соматических заболеваний и других факторов, влияющих на стоматологический статус.

Установлено, что заключенных, пребывающих в учреждениях исполнения наказания Луганской области с 10-ти летним тюремным стажем мало волнует состояние здоровья полости рта и зубов, они имеют низкий уровень знаний о здоровом образе жизни. Чаще всего они обращаются к стоматологу только при возникновении острой

боли и отказываются от эндодонтического лечения, предпочитая удаление зуба. Приговоренные к высшей мере наказания не только изолированы от общества и семьи, но многие - не имеют их. В связи с этим они уделяют меньше внимания общему состоянию здоровья и гигиене полости рта. А при ужесточении режима пребывания утрачивают интерес к жизни, перестают следить за собой и своим здоровьем. Осужденные, преследуя свои цели, часто симулируют заболевания. Поэтому, несмотря на то, что им оказывается медицинская помощь, в большинстве случаев заключенные испытывают недоверие и агрессивное отношение к себе со стороны медперсонала.

Из 71 заключенных 85% имеют длительный стаж курения. Во многих тюрьмах мира табакокурение, наркомания, употребление алкоголя, чифиря являются нормой. Это сказывается на состоянии здоровья полости рта. Табакокурение ведет к усугублению заболеваний пародонта. У курящих и наркозависимых чаще всего наблюдается ксеростомия. Слюна приобретает повышенную вязкость, её защитные функции снижаются и, как следствие, это ведет к нарушению процессов реминерализации эмали.

Во многих странах туберкулез является типичной болезнью в местах лишения свободы. Часто больные не знают о своем диагнозе, несвоевременно обращаются за медицинской помощью и не всегда имеют возможность получать качественное лечение. Из 71 осужденных 18,3% болеют различными формами туберкулеза.

В ходе исследования выявлен высокий средний показатель индекса КПУ - 11,4. За референтную норму мы взяли результаты КПУ жителей Донбасса, представленные Авсянкиным А.В. (2012). По этим данным КПУ лиц в возрасте 19-29 лет составил $7,58 \pm 0,68$, 30-45 лет - индекс КПУ был выше, чем у лиц предыдущей группы - $8,64 \pm 0,72$ ($p > 0,05$).

Высокий показатель индекса КПУ у заключенных обусловлен целым рядом факторов, негативно влияющих как на общую заболеваемость организма, так и на появление стоматологической патологии. У этой группы населения стоматологические проблемы усугубляются сопутствующими соматическими заболеваниями, такими, как гепатит С, туберкулез, хронический бронхит, венерические заболевания, гипертоническая болезнь, хронические холециститы, условиями жизни в местах лишения свободы, которые характерны только для пациентов этой группы. К этим условиям можно отнести длительный стаж курения, нерациональное питание, гомосек-

суализм, физическое насилие, низкий уровень профилактики заболеваний и медицинской помощи.

Заключение. У заключенных под стражу на длительный срок лишения свободы имеется обратно пропорциональная зависимость социального статуса и стоматологической заболеваемости – чем ниже социальный статус, тем выше уровень стоматологической заболеваемости, так как исправительных учреждениях заключенные подвержены воздействию ряда негативных факторов, усугубляющих стоматологическое здоровье.

УДК 615.24-37:616.233-002+616.345-008.87

Е.Р. Гуляева

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ
С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА**

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

Е.Р. Gulyaeva

**OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN
COMBINATION WITH INTESTINAL DISBIOSE
SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR**

Актуальность. Во всех странах мира в настоящее время отмечен рост распространенности хронических неспецифических заболеваний легких. Основное место в данной группе заболеваний занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Присоединение дисбиоза кишечника (ДБК) обуславливает снижение реактивности организма и способствует прогрессированию ХОБЛ.

Цель исследования – изучить эффективность использования в комплексном лечении больных ХОБЛ, сочетанной с ДБК, индуктора эндогенного интерферона циклоферона.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 157 пациентов ХОБЛ II стадии в возрасте от 33 до 56 лет (110 мужчин и 47 женщин). Среди них были сформированы две репрезентативные группы: I (37 пациентов), у которых отсутствовали проявления ДБК, и II (120), у которых ХОБЛ сочеталась с ДБК. Диагноз и стадия заболеваний устанавливались в соответствии с опубликованными критериями. Лечение больных осуществлялось по схеме «ступенча-

той терапии» ХОБЛ: использовались селективные антихолинэргические препараты, β_2 -агонисты короткого действия, их комбинации, мукорегуляторные средства, по показаниям – антибактериальные, иммунокорректирующие, антиоксидантные средства. Такое лечение мы условно обозначили как „базисное”. В зависимости от лечения больные II группы были разделены на подгруппы: II-а (44), у которых использовались только средства базисной терапии ХОБЛ, и II-б (76), лечение которых дополнялось назначением циклоферона («Полисан») в виде внутримышечных инъекций по 2 мл 12,5% раствора 1 раз в сутки в 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14 дни и с 5-7 дня (после завершения антибактериальной терапии) симбитера-концентрата по 1 флакону в 50 мл физиологического раствора внутрь 1 раз в сутки в течение 14 дней. При замедленной динамике улучшения состояния, III степени дисбиоза введение циклоферона продолжалось на 17, 20 и 23 сутки и симбитера - до 40 дней.

Результаты и обсуждение. При обострении ХОБЛ II стадии ДБК был выявлен у 76,4% обследованных (II степень - 60,8%, III - 39,2%). Вне зависимости от наличия или отсутствия ДБК у пациентов выявлялись кашлевой и астено-невротический синдромы, хроническая легочная недостаточность. Лабораторные и инструментальными методы констатировали развитие иммунодефицитного состояния относительно супрессорного типа, угнетение фагоцитарной активности моноцитов, увеличенное содержания средне- и низкомолекулярных фракций ЦИК, активацию процессов ПОЛ и угнетение системы АОЗ, нарушение микрогемодинамики, которые свидетельствовали об угнетении у больных системных и эндобронхиальных механизмов неспецифической реактивности. При лечении базисными препаратами у больных I группы и II- а подгруппы уменьшалась активность эндобронхита, улучшались лабораторные и инструментальные показатели. Однако, у пациентов II- а подгруппы к моменту выписки из стационара сохранялись кашель, астено-вегетативный синдром, в 1,8 раз чаще - активный эндобронхит; диспепсический синдром определялся в 79,5 \pm 6,1%, болевой абдоминальный - в 54,5 \pm 7,5%, неоформленный кал и полифекалия - в 43,2 \pm 7,5% случаев. При III степени ДБК у больных не были восстановлены должные показатели гемограммы, выявлялись высокие концентрации маркеров эндогенной интоксикации.

Включение в комплексную терапию больных II-б подгруппы индуктора эндогенного интерферона циклоферона и мультитро-

биотика симбитера-концентрата не вызывало побочных эффектов. При выписке из стационара у них в 3,7 раз чаще отсутствовали визуальные признаки эндобронхита или таковой был односторонним и ограниченным, в 12,9 раз реже выявлялись диспепсический, в 17,5 – болевой абдоминальный, в 4,8 – коло-дискинетический синдромы. В гемограмме исчезали острофазовые реакции, диспротеинемия, признаки печеночноклеточного цитолиза, восстанавливалось должное содержание микроэлементов, СМ, МСV. Нарушенные показатели иммунитета проявляли более значительную тенденцию к восстановлению в сыворотке крови. Бактериологическое исследование свидетельствовало о восстановлении кишечного микробиоценоза в 84,2% случаев. Позитивные изменения обусловили сокращение сроков пребывания больных в стационаре: II-а подгруппа - $24,5 \pm 2,2$ и II-б - $17,5 \pm 2,0$ дней ($P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, включение в комплексную терапию больных ХОБЛ, сочетанной с ДБК, индуктора эндогенного интерферона циклоферона позволяет быстрее достигнуть ремиссии эндобронхита, способствует сокращению сроков стационарного лечения.

УДК 616-022.363

Е.В. Демьяненко, В.В. Орленко, М.А. Михайлец, А.В. Мовенко
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» О ПРОБЛЕМЕ ВИЧ и СПИДА

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

E.V. Demjanenko, V.V. Orlenko, M.A. Mikhailets, A.V. Movenko
ANALYSIS OF AWARENESS OF STUDENTS OF SI LPR “LSMU
NAMED AFTER SUNSHINE LUKE” ON THE PROBLEM OF HIV
AND AIDS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Сегодня распространенность ВИЧ и СПИДа – одна из наиболее острых проблем медицины и общества. Десятки миллионов людей всего мира живут с ВИЧ, их окружают сотни миллионов родных и близких.

Цель работы: Исследовать уровень осведомленности студентов 2-го курса различных факультетов ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», а также их отношение к ВИЧ-положительным людям. Разработать рекомендации по теме исследования.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 131 студент различных факультетов («Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология») ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», из них 54 студента мужского пола, 77 – женского. Сбор информации осуществлялся с помощью анкетного опроса. Анкетирование являлось индивидуальным и анонимным. На каждый вопрос были предложены варианты, и возможность самостоятельного выбора ответа.

Результаты и обсуждение. Исследованием было установлено, что большинство опрошенных студентов (98,2%) считают ВИЧ и СПИД опасными, 1,3% не считают их таковыми, а 0,5% вообще не знают об опасности этих состояний. На вопрос об излечимости СПИДа положительно ответили 2,9% опрошенных, отрицательно – 92,4%, а 4,7% студентов признались, что не знают ответа. Интересно, что информация о ВИЧ и СПИДе является важной и актуальной для 84,9% студентов, в то время как 13,8% опрошенных имеют противоположное мнение. При этом студенты университета продемонстрировали высокий уровень осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции и группах риска (от 84,7% до 97,6% от числа всех опрошенных). Однако 48,3% опрошенных не знают, где можно пройти анонимное обследование на ВИЧ и СПИД.

Заключение. Студенты ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» хорошо осведомлены об опасности ВИЧ-инфекции, путях ее передачи и группах риска. В дальнейшем необходимо продолжать вести активную разъяснительную работу о проблеме ВИЧ и СПИДа, путях передачи, мерах профилактики среди студентов университета, пропагандировать здоровый образ жизни, популяризировать регулярное определение своего ВИЧ-статуса, знакомить студентов с современными методами диагностики и принципами терапии данного состояния.

УДК 616.12-008.331.1-053.7-085-037:575.1

Р.А. Джоджуа

**МОРФОГЕНЕЗ ГЕНЕТИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННОЙ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ДНР

Р.А. Jojua

MORPHOGENESIS OF GENETICALLY INDUCED HYPERTONIC

DISEASE ON YOUNG PATIENTS

Donetsk National Medical University them. M. Gorky

Генетически индуцированный вариант гипертонической болезни (ГБ) встречается с частотой 30-70% и характеризуется прогрессирующим поражением органов-мишеней и неблагоприятным прогнозом. Недостаточно изучен морфогенез (видоизменение) клинических проявлений такого варианта ГБ у лиц молодого возраста.

Целью исследования явилась оценка морфогенеза генетически индуцированной ГБ у больных молодого возраста.

В крови больных в возрасте от 18 до 45 лет с ГБ 1-2 стадии 1-2 степени при помощи полимеразной цепной реакции (амплификаторы «ДТ-96» и «ДТпрайм», Россия) проведен анализ генетического полиморфизма генов-кандидатов: ADD1 (альфа-аддуктина 1378 G>T), AGT (ангиотензиногена 704 T>C), AGT (ангиотензиногена 521 C>T), AGTR1 (рецептор 1-го типа для ангиотензина 2 1166 A>C), AGTR2 (рецептора 2-го типа для ангиотензина 2 1675 G>A), CYP11B2 (цитохрома 11b2), GNB3 (бета 3 субъединицы G-белка), гуанин-связывающего белка 825 C>T, NOS3 (синтазы окиси азота 786 T>C) и NOS3 (синтазы окиси азота 894 G>T). Исходя из результатов генетического анализа, 35(40,2%) пациентов с генетическим полиморфизмом включены в основную группу наблюдения и 52(59,8%) пациента с негативными результатами вошли в группу сравнения. Группы были однородными по возрасту, полу, длительности ГБ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программы для статистического анализа «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. Оказалось, что частота гипертензивных кризов без обращения в лечебное учреждение (самооказание помощи) в группе сравнения была достоверно ниже, чем в основной (3,8 против 20,0%). Частота вызова бригады скорой помощи по причине неосложненного гипертензивного криза в группе сравнения была достоверно ниже, чем в группе, генетически ассоциированной ГБ (3,8 против 17,1%). Лидирующими причинами экстренных госпитализаций в основной группе были кровотечения (17,1%) и нарушения ритма сердца (14,3%), преимущественно фибрилляция предсердий. В группе сравнения эти осложнения не зафиксированы.

Средняя продолжительность периода подбора/титрования терапии до достижения целевых цифр давления составила 14,2±0,2 дней в основной группе и 6,6±0,1 дней в группе сравнения (раз-

личия статистически достоверны). Наивысшие значения частоты достижения оптимальных значений давления были получены в группе сравнения (76,9%), в то время, как в основной аналогичный показатель оказался достоверно ниже - 54,3%.

Выводы. Морфогенез клинического течения генетически индуцированной ГБ у больных молодого возраста характеризуется более высокой частотой осложненных и неосложненных гипертензивных кризов, и госпитализаций, более продолжительным периодом подбора оптимальной антигипертензивной терапии, низкой частотой достижения целевого уровня давления.

УДК 615.851:159. 922:61 - 057.875

Г.А.Дубовая

**ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЕ МЕДИТАТИВНОЙ
ТЕХНИКИ РЕЛАКСАЦИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

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

biologyluggmu@gmail.com

Н.А.Dubovaya

**STUDY OF THE POSSIBILITY OF THE INFLUENCE OF
THE MEDITATION EFFECTS OF RELAXATION ON THE
PSYCHOLOGICAL STATE OF STUDENTS
IN THE MEDICAL UNIVERSITY**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Трудности и сложности преподавания биологических дисциплин связаны с необходимостью изучения сложного программного материала в период адаптации студентов к вузовской системе обучения, приспособления к новым формам учебно-воспитательного процесса, вхождения в незнакомый коллектив, что требует мобилизации многих ресурсов для достижения поставленных целей. У студентов еще недостаточно развиты коммуникативные навыки, снижены многие механизмы саморегуляции и самоорганизации, что проявляется у значительной части неумением конспектировать лекционный материал, неумением выражать вслух свои мысли, выступать с четкими структурированными докладами.

Цель работы – изучить влияние медитативной техники релаксации на долговременную и кратковременную память, а так же психологическое состояние человека и возможность ее использова-

ния для студентов медицинского вуза.

Результаты и обсуждение. Нами проанализированы литературные источники отечественных и зарубежных авторов. В настоящее время медитация привлекает внимание западной культуры и как практика лечения. По определению Л.Кривицкого, медитация является формой психической активности, благодаря которой человек погружается в трансовые состояния, физиологической основой которого является способность мозга вырабатывать очаги возбуждения и торможения, продуцировать образы, а также вызывать посредством внушения материальные сдвиги в организме.

Гарвардские ученые провели эксперимент, в котором приняло участие 50 регулярно медитирующих людей и 50 никогда не занимавшихся медитацией. В результате было установлено, что посредством регулярной медитации повышается содержание серого вещества - тел нейронов, контролирующих мышечную активность и отвечающих за сенсорное восприятие, а также память, эмоции и речь. Врач и исследователь Матхав Гоял доказал, что медитация может оказывать эффект, сходный с эффектом антидепрессанта.

Влияние медитации на память, а также психическое состояние человека, такие, как депрессия, стресс, тревожность определило необходимость разработки научно обоснованных методов ее использования в целях физического и психологического благополучия человека. Впервые такая методика была создана психотерапевтом И. Шульцем и была названа аутотренингом. Она помогает поддерживать баланс и восстанавливать гармонию мыслей и чувств, быть в равновесии со своим телом, облегчить боли через концентрацию.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод о том, что возможности медитации как универсального механизма снятия психической напряженности должны изучаться на научной основе, а результаты находить свое практическое применение как в вузах, так и в школьных учреждениях.

УДК 611.6+59.084:615.37

А.А. Захаров, С.А. Кащенко, С.Н. Семенчук

**ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФОСФАМИДА НА
ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИДАТКОВ
СЕМЕННИКОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ**

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

A.A. Zakharov, S.A. Kashchenko, S.N. Semenchuk

INFLUENCE OF CYCLOPHOSFAMIDE ON ORGANOMETRIC PARAMETERS OF THE EPIDIDYMISS OF EXPERIMENTAL ANIMALS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Ухудшение репродуктивного здоровья мужской части населения является одной из общепризнанных и широко распространенных проблем на планете в последние десятилетия. Причинами изменений в строении и функционировании органов мужской половой системы называют целый ряд экзогенных неблагоприятных факторов, в том числе и таковые, которые вызывают системную иммуносупрессию, включая активное применение медицинских препаратов для купирования иммунопатологических, онкологических и аутоиммунных состояний. Особое положение занимают факторы, воздействующие на организм детей и подростков в связи с несовершенством морфологических и функциональных элементов органов регуляторных систем их организма, в том числе и иммунной. В то же время, в литературе встречаются лишь единичные исследования, посвященные именно морфологической оценке изменений строения органов мужской половой системы, тем более, в детском возрасте.

Целью данного исследования явилось установление органомертрических особенностей придатков семенников неполовозрелых экспериментальных животных после иммуносупрессии, моделирующей, в том числе, и негативное влияние экзогенных факторов на репродуктивную систему.

Материал и методы. Иммуносупрессивное состояние моделировали путём введения циклофосфамида внутримышечно в дозировке 1,5 мг/кг массы тела в течение 10 дней. Контролем служили крысы, которым вводили эквивалентные объёмы 0,9% раствора натрия хлорида по той же схеме. Животных выводили из эксперимента через 1, 7, 15, 30 и 60 суток после прекращения введения препарата. При работе с животными руководствовались всеми необходимыми этическими нормами. Полученные данные обрабатывались с использованием лицензионной программы «StatSoft Statistica v6.0», достоверность различий между показателями экспериментальных и контрольных групп определялась с помощью критерия Стьюдента-Фишера ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Придатки семенников контрольной группы претерпевали закономерные возрастные изменения: увели-

чивалась абсолютная и относительная массы, их линейные размеры. После применения циклофосфамида орган сохранял общие черты строения, однако изменялись его морфометрические параметры. Так, абсолютная масса придатка после иммуносупрессии значительно уменьшалась на 9,26%, 13,44% и 17,12% относительно данных контрольной группы соответственно 1, 7 и 15 суткам наблюдения. На 30 и 60 сутки эксперимента достоверных различий установлено не было.

Относительная масса органа изменялась однонаправленно с абсолютной, достоверные отличия данных экспериментальной группы от таковых контрольной отмечались на 1, 7 и 15 сутки после окончания введения препарата и составляли 10,55%, 14,71% и 13,31% соответственно. На поздних сроках наблюдения значимых различий установлено не было. Изменения линейных размеров придатков коррелировали с весовыми показателями и достоверно отличались в те же ранние сроки эксперимента. Так, длина органа в указанные выше сроки наблюдения значительно уменьшалась на 9,77%, 12,48% и 17,95% после введения циклофосфамида. Схожие изменения претерпевал и показатель толщины придатка после иммуносупрессии: достоверные отличия составляли 10,11%, 13,47% и 16,84% соответственно 1, 7 и 15 суткам наблюдения. На 30 и 60 сутки эксперимента достоверных различий установлено не было.

Схожие результаты были получены М. Jalalietal в 2013 году при изучении влияния шумового стресса на репродуктивные органы крыс, а также полученные результаты подтверждают данные К.А. Кидун и соавт., установивших факт негативного воздействия иммобилизационного стресса на морфологические особенности строения семенников крыс. На появление морфологических изменений структуры органов МПС при хронической интоксикации указывают Я.А. Цветкова и соавт. Выраженные изменения структуры органов МПС экспериментальных животных возникают и при снижении иммунной активности при дефиците магния, о чем свидетельствуют результаты исследования А.В.Смирнова и соавт. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достоверном изменении органомерметрических параметров придатка семенника после иммуносупрессии, что подтверждается данными литературы о реакциях органов МПС на неблагоприятные воздействия.

Заключение. Придаток семенника активно реагирует на экзогенное воздействие, в частности, на иммуносупрессию. До-

стоверное изменение весовых и линейных параметров органа неполовозрелых животных в ответ на применение циклофосфамида в дозировке 1,5 мг/кг массы тела происходит на 1, 7 и 15 сутки наблюдения, что, по-видимому, связано с высокой лабильностью строения придатка в связи с незрелостью его структурных компонентов. На поздних сроках эксперимента значимых отличий установлено не было, что, вероятно, связано с нормализацией строения органа в условиях проведенной «мягкой» иммуносупрессии.

УДК 616.833-002-031.63+616.743-073.43

А.Д. Zubov, А.А. Бережная, Л.Н. Антонова
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ
В ОЦЕНКЕ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ У БОЛЬНЫХ С
ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, ДНР
ows-don@mail.ru*

A.D. Zubov, A.A. Berezhnaya, L.N. Antonova
THE POSSIBILITIES OF ULTRASOUND IMAGING IN
ASSESSING OF SPINAL NERVES OF PATIENTS WITH CERVICAL
RADICULOPATHY

M.Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk, DPR

Актуальность. Традиционно, диагностика шейной радикулопатии (ШРП) проводится на основании клинического и неврологического обследования пациента, дополненного рентгенографическим, КТ и/или МРТ исследованием. Однако рентгенографические методы не предоставляют достаточной информации о состоянии мягких тканей: мышц, связок, сухожилий, сосудов и периферических нервов, а применение высокоинформативного метода МРТ ограничено высокой стоимостью, нередко труднодоступностью, у ряда больных – наличием металлических протезов, конструкций, кардиостимуляторов в организме пациента. Перспективным методом обследования в таких случаях является ультразвуковое (УЗ) исследование, характеризующееся высокой информативностью, доступностью, отсутствием лучевой нагрузки, возможностью визуализации в режиме реального времени и проведения многократного исследования для контроля в динамике. К преимуществам метода следует также отнести возможность оценки васкуляризации и гемодинамики в зоне интереса.

Целью исследования явилась оценка возможностей УЗ визуализации в диагностике ШРП.

Материал и методы. Исследование проведено на материале 30 больных ШРП (15 женщин и 15 мужчин) в возрасте 39-63 лет, в среднем $51,7 \pm 9,2$ года. Диагноз ШРП был установлен неврологом с использованием данных рентгенографии шейного отдела позвоночника и МРТ. Давность заболевания варьировала от 14 до 58 суток, составив в среднем $32,1 \pm 8,6$ суток. Выраженность болевых ощущений оценивали по стандартизированной 10-балльной визуально-аналоговой шкале.

УЗИ проводили из передне-бокового доступа на УЗ сканере Toshiba Aplio 500 с линейным мультислотным датчиком с частотой 7,5-12,0 МГц, последовательно в В-режиме и режиме цветового и энергетического доплеровского картирования. Для обработки полученных данных использовали общепризнанные методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. При УЗ исследовании неизменного спинномозгового нерва эхографически визуализировали гипозоногенные аваскулярные тяжи, выходящие из позвоночного ствола, в виде чередующихся гипер- и гипозоногенных полос, морфологическим субстратом которых являются множественные отдельные нервные пучки, окруженные эпи- и периневрием. Изображение непосредственно нерва являлось гипозоногенным, соединительнотканых элементов – гиперэхоногенным. Диаметр неизменных нервных стволов варьировал в пределах 2,6-3,2 мм, в среднем $2,95 \pm 0,21$ мм. Поскольку неизменный нерв при ультразвуковой визуализации в В-режиме сходен с кровеносным сосудом, в качестве дифференцирующего признака может быть использована аваскулярность, определяемая при исследовании в режимах цветового или энергетического доплеровского картирования.

На пораженной стороне отмечали вначале расширение нерва относительно интактной стороны, а потом его сужение в месте компрессии остеофитами. При исследовании нервных стволов на интактной и пораженной сторонах установлено показало, что компрессируемый нерв имел более низкую эхогенность по сравнению с другой стороной за счет периневрального отека, инфильтрации и воспаления.

Соотношение толщины нерва на пораженной и интактной сторонах на каждом из изучаемых уровней было неоднозначным. Наблюдали как увеличение изучаемого показателя на одной из сторон, так и отсутствие визуально определяемых при УЗИ различий. В целом пре-

обладала тенденция к большей толщине нерва на пораженной стороне по сравнению с интактной. Так, из 90 изученных пар нервов в 57 (63,3%) парах большую толщину имел пораженный нерв. Толщина на контралатеральных сторонах различалась на 0,1-0,4 мм, в среднем на $0,20 \pm 0,09$ мм ($p < 0,01$). В 23 (25,5%) случаях не выявлено эхографически определяемых различий в толщине нерва на контралатеральных сторонах. В 10 (11,1%) случаях толщина нерва на пораженной стороне была на 0,1-0,2 мм (в среднем на $0,13 \pm 0,04$ мм) меньше, чем на интактной, что, по нашему мнению, обусловлено индивидуальными анатомическими особенностями. Не выявлено зависимости в соотношении толщины нерва на пораженной и интактной сторонах от уровня соответствующего межпозвоночного диска.

При визуальной УЗ оценке в режимах цветового и энергетического доплеровского картирования установлено, что пораженный нерв, увеличенный в диаметре, оказывает компрессионное воздействие на проходящие рядом кровеносные сосуды, что приводит к уменьшению их просвета. Было сделано предположение, что компрессия со стороны пораженного нерва на кровеносные сосуды ведет к гемодинамическим нарушениям, усугубляющим клинические проявления заболевания. Для установления возможных последствий описываемой компрессии представляются перспективными дальнейшие исследования с использованием режимов УЗ импульсной доплерометрии.

Проведен анализ зависимости степени отека нерва, эхографически оцениваемой как градиент толщины нерва на пораженной и контралатеральной сторонах, от выраженности болевых ощущений по 10-балльной визуально-аналоговой шкале. Коэффициент корреляции толщины нерва на пораженной и контралатеральной сторонах составил для уровня С4-С5 - $r_s = 0,651$, для уровня С5-С6 - $r_s = 0,749$, для уровня С6-С7 - $r_s = 0,724$. Во всех случаях выявлена значимая ($p < 0,001$) взаимосвязь толщины шейного нерва на пораженной и контралатеральной сторонах, обусловленная анатомически.

Для оценки степени отека нерва рассчитывали градиент его толщины на пораженной и контралатеральной сторонах, и анализировали степень его зависимости от субъективной выраженности болевых ощущений. Как показал проведенный анализ, отсутствует статистически значимая взаимосвязь между субъективной оценкой пациентами болевых ощущений при ШРПи объективной степенью компрессии нерва по данным УЗИ.

В 22 (73,3%) случаях наряду с отеком нерва эхографически наблюдали его компрессию на стороне поражения, проявляющуюся в виде уменьшения диаметра на участке стеноза на 15-50%.

Заключение. Таким образом, УЗИ позволяет визуализировать спинномозговые нервы и оценить у пациентов с симптомами ШРП выраженность компрессии нервного ствола, выявить признаки отека и воспалительных изменений, что может быть использовано для выбора тактики лечения и контроля его результативности.

УДК 616.36-002:534-8

А.Д. Зубов¹, Е.С. Беседин²

**РОЛЬ ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В
ОПТИМИЗАЦИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ
ЧРЕСКОЖНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ**

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение,
Донецк, ДНР

ows-don@mail.ru

A.D. Zubov¹, E.S. Besedin²

**THE ROLE OF DOPPLER MAPPING IN THE OPTIMIZATION OF THE
NAVIGATION OF PERCUTANEOUS CHOLANGIOSTOMY**

¹ M. Gorky Donetsk National Medical University

²Donetsk Clinical Territorial Medical Association, Donetsk, DPR

Актуальность. Билиарная гипертензия как следствие обтурации желчного протока характеризуется гипербилирубинемией, значительно утяжеляет состояние больного, осложняет лечение основного заболевания и значительно ухудшает прогноз его оперативного лечения. Билиарная декомпрессия может быть проведена как предоперационная процедура либо использована как паллиативная мера. Наиболее результативным способом билиарной декомпрессии при механической желтухе является чрескожная эхоконтролируемая холангиостомия (ЧЭХС). Однако нередко применение ЧЭХС бывает ограничено в связи с риском постпункционных осложнений, прежде всего, повреждения кровеносных сосудов и желчных протоков, что обусловлено избыточной травматизацией вследствие затруднения визуализации дистального конца пункционного инструмента – иглы, дренажа.

Цель работы – изучение возможностей доплерографических методов, в частности, цветного (ЦДК) и энергетического (ЭДК) доплеровского картирования в оптимизации навигации и контроля ЧЭХС.

Материал и методы. Проведено ЧЭХС 918 пациентам с механической желтухой калькулезного – в 611 (66,6%) или опухолевого – в 307 (33,4%) случаях генеза. ЧЭХС выполняли под УЗ контролем (УЗ сканеры AI-5200, HDI 5000, Logic 3, Aplio 500) с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц, в В-режиме и доплерографических режимах. Билиарную декомпрессию производили путем дренирования из чрескожного чреспеченочного доступа с установкой временного или постоянного дренажа. Траекторию доступа избирали с учетом безопасного акустического окна. Предпочитали дренировать левый печеночный проток с низведением дренажа в холедох как наиболее доступную для ультразвуковой визуализации зону, либо непосредственно холедох. Установку дренажа выполняли по Сельдингеру. Применяли самофиксирующиеся дренажи типа «свиной хвост» 6 и 8 Fr.

Результаты и их обсуждение. В процессе контроля ЧЭХС могут быть использованы режимы ЦДК и ЭДК. Установлено, что при эхолокации в режиме ЦДК общее качество УЗ изображения снижается за счет перераспределения объема постпроцессинговой обработки сигнала на цветовой и серошкальное изображение, что затрудняет УЗ контроль проведения вмешательства. Сосуд с движущейся в нем кровью визуализируется как цветовая структура размытой формы, размеры которой несколько превышают реальные размеры. При эхолокации этой же зоны в режиме ЭДК изображение более четкое, кровеносные сосуды визуализируются в виде цветовой структуры, размеры и границы которой соответствуют реальным анатомическим. Направленность потока принципиального значения для навигации пункционного вмешательства не имеет, поэтому ЭДК как способ контроля ЧЭХС, по нашему мнению, является наиболее предпочтительным в связи с более точной и быстрой визуализацией кровеносных сосудов.

Простым и надежным способом улучшения визуализации является картирование в режиме ЭДК движения жидкости внутри дренажа, которое доплерографически отражается на экране цветом. В качестве движущейся жидкости может выступать физиологический раствор, анестетик, аспирируемое содержимое. Такое осложнение, как подтекание жидкости (желчи, крови), также визуализируется при ЭДК.

Помимо движения жидкости, доплерографически цветом может отображаться движение непосредственно пункционного

инструмента. Нами разработан прием улучшения визуализации дренажа путем мануальной инициации его низкоамплитудных колебаний, визуализируемых в режиме ЭДК. При этом дренаж визуализируется в виде линейных параллельных окрашенных структур.

Твинклинг-артефакт представляет собой явление возникновения на границе разделения сред разной плотности цветовой структуры (монохромной в режиме ЭДК) непосредственно за неподвижным объектом, создающее видимость движения. Нами разработан способ улучшения УЗ визуализации инструмента (дренажа), основанный на искусственной инициации твинклинг-артефакта. Способ заключается в использовании нового информативного параметра – возникновения при ЭДК искусственно вызываемого твинклинг-артефакта, что указывает на наличие объекта большей, чем у окружающих тканей, плотности – функционального инструмента. В В-режиме выявляли структуры, сходные по УЗ характеристикам с функциональным инструментом. Так, дренаж в В-режиме визуализировался в виде двух линейных параллельных гиперэхогенных структур. Датчик позиционировали таким образом, чтобы область сканирования охватывала зону предполагаемого расположения данных структур. Включали режим ЭДК, позиционируя структуры в секторе энергетического сканирования. Мощность излучения от минимальной увеличивали до появления артефактов (шума). Прижимая к поверхности тела УЗ датчик, путем инициации его поступательно-возвратных движений, частоту и амплитуду которых подбирали эмпирически, вызывали вибрацию расположенных под ним тканей. При этом на границе раздела сред различной плотности (дренажа и окружающих его тканей) возникал твинклинг-артефакт в виде визуализируемого в режиме ЭДК яркого цветового локуса, смещаемого при изменении угла сканирования по поверхности гиперэхогенной структуры (дренажа), оставаясь обращенным к источнику ультразвукового излучения. О том, что цветовые структуры расположены на дренаже, а не являются доплерографическим отображением, например, движения жидкости в сосуде, свидетельствует выраженный эффект дистального затухания, который указывает на наличие объекта более высокой по сравнению с окружающими тканями эхоплотности.

Возможно одновременно использовать несколько приемов улучшения визуализации функционального инструмента при ЧЭХС.

Для оценки эффективности предложенных методов оптимизации визуализации был проведен сравнительный анализ УЗ изображений в В-режиме и с последующим применением вышеописанных приемов. Установлено, что в большинстве случаев качество визуализации дренажа в В-режиме было недостаточным вследствие несущественных отличий его эхоплотности от окружающих структур. Всего у 95 (10,3%) пациентов не удалось визуализировать дренаж в просвете протока и паренхиме печени. В 598 (65,1%) случаях удалось выявить эхопризнаки дренажа в паренхиме печени, но не в просвете протока. Локализацию дренажа в паренхиме печени при продольном сканировании возможно было определить по наличию линейной гипоэхогенной структуры, толщина которой соответствует внутреннему диаметру дренажа, но дифференцировать данную структуру от иных гипоэхогенных или анэхогенных линейных структур (сосудов, желчных протоков) представлялось затруднительным. Визуализация в этих случаях расценена как неудовлетворительная, поскольку не представляла возможности определить расположение дистального конца дренажа, что является наиболее важным в контроле дренирования. В остальных 225 (24,5,0%) случаях дренаж и, в частности, его дистальный конец, уверенно визуализировался в паренхиме печени и желчных протоках. Таким образом, в 75,5% случаев при исследовании в В-режиме УЗ визуализация дренажа была неудовлетворительной.

Применение доплерографических режимов в сочетании с оригинальными приемами улучшения визуализации позволило во всех случаях добиться уверенной УЗ визуализации дренажа, включая его дистальную часть, что является важным для обеспечения эффективности и безопасности ЧЭХС. Таким образом, снижение риска неудовлетворительных результатов УЗ визуализации дренажа является статистически значимым ($p < 0,001$, критерий хи-квадрат).

Заключение. Таким образом, применение доплерографических режимов в сочетании с оригинальными приемами улучшения визуализации позволило во всех случаях добиться уверенной дифференцировки дренажа, что повысило безопасность ЧЭХС. Разработанные приемы и способы являются универсальными и могут быть использованы при эхоконтролируемых пункционных вмешательствах на любых органах и тканях.

УДК 616.441:514-8

А. Д. Зубов, Ю.В. Черняева, О.В. Сенченко

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ ОСНОВАМ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, ДНР
ows-don@mail.ru*

A.D. Zubov, Y.V. Chernyaeva, O.V. Senchenko

FEATURES OF MEDICAL CADETS EDUCATION OF BASES OF INTERVENTIONAL ULTRASOUND

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk, DPR

Актуальность. Диагностические и лечебные вмешательства под ультразвуковым контролем широко используются в различных отраслях медицины. В связи с этим актуальным является вопрос последипломной подготовки врачей в области интервенционного ультразвука (ИУЗ).

Цель настоящей работы – анализ и обобщение 12-летнего опыта обучения врачей-курсантов на курсах тематического усовершенствования «Основы интервенционного ультразвука».

Материал и методы. В период 2006-2017 гг. проведено обучение 524 курсантов на курсах тематического усовершенствования «Основы интервенционного ультразвука» (факультет интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького), проводимых на базе хирургического отдела Диагностического центра ДоКТМО. Учебная программа курса рассчитана на 1 месяц и включает 156 учебных часов, в т.ч. 38 лекционных, 30 семинарских, 82 практических, 6 – зачет. Проанализированы особенности обучения основам ИУЗ.

Результаты и их обсуждение. При анализе определено, что особенностью ИУЗ как учебного предмета является его нахождение на стыке нескольких дисциплин, основными из которых являются радиология (ультразвуковая диагностика) и хирургия. Кроме того, ИУЗ входит в сферу интересов таких специальностей, как эндокринология, гастроэнтерология, онкология, урология и нефрология, травматология и пр. В связи с этим группы врачей-курсантов, обучающихся на курсах, являются разнородными по составу. Отмечено, что наибольший удельный вес (44%) приходился на врачей-хирургов. Врачей-радиологов (преимущественно специалистов

УЗД), было почти вдвое меньше (23%). Меньшее количество было врачей хирургических (урология/нефрология (14%), травматология (5%), онкология (5%)) и терапевтических (гастроэнтерология (5%), инфекционные болезни – (2%)) специальностей. Состав групп был смешанным и включал врачей различных специальностей.

Значительные различия в спектре и уровне профессиональных знаний и умений усложняют процесс обучения ИУЗ. Так, необходимые профессиональные навыки, используемые врачами одних специальностей в повседневной практике, для других требуют детального изучения и освоения (например, методика выполнения местной послойной анестезии для хирурга и эндокринолога).

Для облегчения усвоения теоретических знаний и практических навыков в процессе обучения формировались мини-группы (2-3 человека), включающие специалистов разного профиля, действующих на основе взаимопомощи. За период обучения курсанты присутствуют в среднем на 200 минимально инвазивных вмешательствах под УЗ-контролем, в т.ч. на щитовидной железе (в 40%), молочной железе (35%), органах брюшной полости (8%), лимфоузлах (7%) и пр. Техника эхоконтролируемых интервенций отрабатывается на оригинальных фантомах, после ее освоения курсанты допускаются к реальным манипуляциям и операциям.

Все курсанты успешно освоили материал курса. Анализ дальнейшей деятельности обученных специалистов показал, что хирурги выполняют в своей клинической практике преимущественно эхоконтролируемые лечебные интервенции на брюшной полости и забрюшинном пространстве (печень и желчные пути, поджелудочная железа, почка, абсцессы и затеки). Врачи УЗД внедряют в свою деятельность преимущественно диагностические пункции щитовидной и молочной желез, прочие специалисты осваивают минимально инвазивные вмешательства в соответствии с профилем своей деятельности (например, урологи – вмешательства на почках, гепатологи – биопсию печени и пр.).

Следует отметить, что процесс выполнения чрескожных эхоконтролируемых вмешательств требует работы специально обученного среднего и младшего медицинского персонала. В настоящее время централизованное обучение сестер медицинских для работы в сфере ИУЗ не осуществляется, что является перспективным направлением педагогической деятельности.

Заключение. Таким образом, обучение ИУЗ имеет ряд особенностей, обусловленных широким спектром изучаемых операций и манипуляций, разнородностью групп врачей-курсантов по профилю, уровню подготовки, владению техникой ультразвуковой визуализации и специальными хирургическими навыками. При условии использования описанных методических приемов обучение основам ИУЗ может пройти врач любой лечебной специальности, владеющий навыками ультразвуковой визуализации, с последующим самостоятельным освоением техники эхоконтролируемых интервенций в соответствии с профилем своей деятельности.

УДК 616.99-02-07-08

Л.Н.Иванова, Е.А.Холина, А.С.Липатникова, Е.В.Пилюева,
Т.В.Сысойкина, Н.А.Пахомов

«МАСКА» ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

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

L.N.Ivanova, E.A.Kholina, A.S.Lipatnikova, E.V.Piliyeva,
T.V.Sysoykina, N.A.Pakhomov

«MASK» LYME DISEASE

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Болезнь Лайма (болезнь Лима, клещевой боррелиоз, Лайм-боррелиоз) - инфекционное трансмиссивное природно-очаговое заболевание, вызываемое спирохетами и передающееся клещами, имеющее склонность к хроническому и рецидивирующему течению. Поражает преимущественно кожу, нервную систему, опорно-двигательный аппарат и сердце. Учитывая широкую распространенность боррелиоза в нашем регионе, высокую восприимчивость человека к боррелиям знание особенностей клинического течения и диагностики данной патологии видится особенно важными.

Цель работы: изучить особенности клинического течения и диагностики Лайм-боррелиоза.

Материалы и методы. История болезни больной находившейся на лечении в кардиологическом отделении Луганского Республиканского клинического диспансера (ЛРКД) ЛНР.

Результаты и их обсуждение. Больная Н., 27 лет, поступила 06.09.16 г. в реанимационное отделение ЛРКД ЛНР с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение, одышку при незна-

чительной физической нагрузке и в покое, тяжесть в области сердца. Из анамнеза болезни известно: считает себя больной около 3-х дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращалась. Спустя 3 дня появилась одышка в покое, была госпитализирована в ЛРКД.

Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. В соматическом статусе без особенностей, за исключением состояния сердечно-сосудистой системы. Грудная клетка в области сердца не изменена, видимой пульсации не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединноключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца глухие, шумов нет, ЧСС 35 ударов в минуту. Пульс симметричный, ритмичный, слабого напряжения и наполнения с частотой 34 удара в минуту. АД 130/90 мм.рт. ст.

Были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: 1) клинический анализ крови – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ; 2) биохимический анализ крови – в пределах нормы; 3) общий анализ мочи – в пределах нормы. Данные ЭКГ: АВ блокада III степени, ЧСС 35 уд/мин.; данные ЭХОКГ: незначительная дилатация левого предсердия. Глобальная сократимость миокарда сохранена. Нарушений локальной сократимости не зарегистрировано. Рентгенография ОГК без патологии. УЗИ ОБП: внутренние органы без патологии.

На фоне проводимой симптоматической терапии состояние пациентки не улучшалось. Консультация инфекциониста (учитывая высокие цифры СОЭ): при целенаправленном расспросе больная указала на то, что в августе этого года был укус клеща в области бедра. Пациентка самостоятельно его сняла, за медицинской помощью не обращалась. На месте укуса длительное время (около месяца) сохранялось покраснение, которое постепенно увеличивалось до 15-20 см в диаметре, при контакте с теплой водой становилось более ярким. Считая гиперемию аллергической реакцией, она особого значения этому не придавала. Рекомендации инфекциониста: анализ крови на IgM и IgG к *Borrelia burgdorferi*. Результаты оказались положительными - титры IgM к *Borrelia burgdorferi* - 0,995 Ед/мл (норма до 0,9), IgG к *Borrelia burgdorferi* - 2,683 Ед/мл (норма до 1,0).

Пациентке установлен окончательный диагноз: Болезнь Лайма (клещевой боррелиоз), ранний период, II стадия, кожная

эритематозная форма, средней степени тяжести. Острый очаговый инфекционный миокардит. АВ блокада III степени. СН I.

На фоне специфического лечения состояние больной улучшилось, выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Приведенный клинический случай указывает на решающее значение в диагностике Лайм-боррелиоза клинико-эпидемиологических данных, а серологические исследования являются обязательными для верификации диагноза. Любой укус клеща нужно расценивать как потенциальную клещевую инфекцию, в том числе и боррелиоз.

УДК 616.366-002.2+616.12-005.4]-07-058-6

Л.Н. Иванова, Ю.В. Сидоренко, Е.А. Луговсков

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В
СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

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

L.N. Ivanova, Yu.V. Sidorenko, E.A. Lugovskov

**MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC NON-
CALCULUS CHOLECYSTIT IN COMBINATION WITH ISCHEMIC
HEART DISEASE AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Усовершенствование реабилитационных мероприятий у больных с коморбидными хроническими заболеваниями является важной задачей клиники внутренней медицины. Изучение эффективности растительных препаратов в лечении терапевтической патологии является крайне актуальным на современном этапе.

Цель. Определить эффективность использования иммунографа в комплексе реабилитационных мероприятий у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

Материалы и методы. Обследовано 67 больных ХНХ в сочетании с ИБС и ПТСР, средний возраст которых составил $42,5 \pm 4,5$ лет, с длительностью сочетанной патологии от 1 до 10 лет. Верификацию диагнозов осуществляли в соответствии с действующими приказами

и рекомендациями. При проведении медицинской реабилитации больным, у которых наблюдалась нестойкая клиническая ремиссия ХНХ (46 человек), через 3 месяца после завершения основного курса лечения был назначен современный комплексный растительный препарат иммуногран (по 2 г 3 раза в сутки независимо от приема пищи на протяжении 20 дней, гранулы которого перед применением разводили теплой кипяченой водой из расчета 1 г гранул в 15 мл), который способствует повышению устойчивости организма к воздействиям неблагоприятных факторов окружающей среды (неполноценное и несбалансированное питание, чрезмерное эмоциональное и физическое напряжение), повышает активность иммунного статуса.

Результаты и обсуждение. В результате клинических наблюдений установлено, что существенное улучшение самочувствия и ликвидация проявлений ПТСП у больных, получавших растительный препарат иммуногран, отмечались через 2 недели с начала проведения реабилитации. Наблюдалось существенное улучшение общего самочувствия пациентов и уменьшением количества жалоб, при-сущих ПТСП, по сравнению с больными (21 пациент), которым назначали традиционные реабилитационные средства (ферментные препараты, отвары фитосборов, физиотерапевтические процедуры).

Заключение. Считаю клинически и патогенетически обоснованным использование иммуногран в реабилитации пациентов с коморбидной патологией.

УДК 37.037.1

Е.Ю. Колчина

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

КАК МЕТОД ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ОТДЫХА

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

kolba76@yandex.ua

E. Yu. Kolchina

PHYSICAL CULTURE AS A METHOD OF REHABILITATION AND RECREATION

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Современные условия развития общества требуют нового прочтения вопросов организации физической культуры сквозь призму создания других привычек и ценностей. Это связано с последними данными Всемирной организации здравоохранения, в

которых констатируется, что в двадцати пяти экономически развитых странах мира лишь за одно десятилетие смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) выросла на семьдесят процентов. Исследования показали, что в большинстве болезни возраста являются следствием недостаточной двигательной активности. Поэтому, проблема развития физически-культурного мировоззрения, которое существенно влияет на увеличение двигательной активности личности в жизни и, как следствие, способствует улучшению состояния здоровья и трудоспособности человека, становится особенно актуальной.

Цель работы. Показать положительное влияние физкультуры в профилактике онкологическим заболеваний.

Материалы и методы. Проведен анализ публикаций, посвящённых вопросам влияния физической культуры на состояние иммунитета и биохимических процессов в организме человека.

Результаты и обсуждение. Согласно «Энциклопедическому словарю по физической культуре и спорту» (под ред. Г. И. Кукушкина), физическая культура это – составная часть культуры, которая связана с системой физического воспитания, организации спорта, специальных научных опытов, технических средств, нужных для физического воспитания и спорта, общественной и личной гигиены, рациональной организации активного отдыха; здоровье – это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности активной жизни.

Наукой доказано, что здоровье человека только на 10-15% зависит от деятельности врачей, медикаментов, на 15-20% от генетических факторов, на 20-25% – от состояния окружающей среды и на 50-55% - от условий и образа жизни. Оздоровительная физическая культура является основным средством улучшения состояния здоровья и работоспособности человека, что выражается в активизации и усовершенствовании обмена веществ, улучшении деятельности центральной нервной системы. Занятия физическими упражнениями обеспечивают адаптацию сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем к условиям мышечной деятельности, ускоряют процесс вхождения в работу и функционирования систем кровообращения и дыхания, а также восстановления после сдвигов, которые вызывает физическая нагрузка.

Физическая культура обеспечивает положительное влияние на здоровье человека при условии соблюдения определенных правил: а) средства и методы физического воспитания должны применяться только такие, которые имеют научное обоснование их оздоровительной ценности; б) физические нагрузки должны планироваться в соответствии с возможностями человека; в) в процессе использования всех форм физической культуры необходимо обеспечить регулярность и единство врачебного, контроля тренера и самоконтроля. Регулярное применение физических упражнений и закалывающих процедур улучшает жизненный тонус организма, общее состояние иммунной системы, работоспособность и предупреждает преждевременное старение. Знание и соблюдение теоретико-методических основ оздоровительной физической культуры (бега, ходьбы, плавания, езды на велосипеде, передвижение на лыжах, разновидностей аэробики, дыхательной гимнастики) обеспечивает положительное влияние на организм человека.

Для этого необходимо придерживаться следующих методических правил: а) постепенное наращивание интенсивности и продолжительности нагрузки; б) применять разнообразные средства; в) придерживаться систематичности занятий; г) соответствие физических нагрузок индивидуальным возможностям организма; д) соблюдение требований контроля тренера и самоконтроля.

Заключение. Таким образом, физическая культура играет большую роль в профилактике злокачественных новообразований. Рациональная двигательная активность, препятствуя развитию заболеваний, становится общепрофилактичным средством. Систематические занятия аэробными физическими упражнениями способствуют повышению потребления кислорода организмом, увеличивают капилляризацию мышц, улучшают поставку кислорода и этим самым препятствуют возникновению онкологических заболеваний.

УДК 616.322.053.578.37.056-09

И. А. Кузовлева, Я. А. Соцкая

**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ
ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

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

ANALYSIS OF THE STATE OF ENERGETIC HOMEOSTASIS IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC OBSTRUCTIVE ILLNESS OF THE LUNG*SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR*

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — одни из наиболее часто встречающихся во всём мире антропонозных заболеваний. Около 90% населения в течение года как минимум один раз болеют одной из респираторных инфекций вирусного генеза, что в целом предопределяет высокую заболеваемость народонаселения, снижение качества жизни пациентов, в том числе лиц наиболее трудоспособных возрастов. По данным многочисленных исследований ОРВИ в условиях промышленного региона Донбасса с наличием неблагоприятных экологических факторов внешней среды довольно часто сочетаются с хронической патологией бронхолегочной системы, вызывая обострение, затяжное и рецидивирующее течение сопутствующей патологии, такой как хроническая обструктивная болезнь легких.

Цель работы: изучение влияния на эффективность терапии включения препаратов Циклоферон и Цитофлавин в схему лечения ОРВИ на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы. Проанализирована эффективность лечения 32 пациентов в возрасте 18 – 29 лет, которые в комплексе терапии получали циклоферон и цитофлавин с целью лечения. Оценку энергетического метаболизма проводили, анализируя уровень макроэргических соединений в гемолизате отмытой суспензии эритроцитов больных методом тонкослойной хроматографии.

Результаты и обсуждение. Анализ клинических данных продемонстрировал, что у больных, получавших циклоферон и цитофлавин, интенсивность и продолжительность температурной реакции, основные клинические проявления сочетанной патологии купировалась заметно быстрее. Показано, что сочетанное использование комбинации циклоферона с цитофлавином наряду с симптоматическими и этиотропными средствами, снижает в 4,6 раза частоту осложнений со стороны бронхо-легочной системы после перенесенной ОРВИ. При этом пациенты отмечали хорошую пере-

носимость препарата, отсутствие побочных реакций после его применения со стороны ЖКТ и других систем организма. Субъективно пациенты наблюдали улучшение общего состояния со второго дня приема препарата, нормализацию сна и аппетита, повышение жизненного тонуса. Осуществление дополнительного биохимического исследования до начала процесса лечения позволило установить снижение уровня АТФ в крови у практически всех обследованных больных. На момент завершения лечения у больных с острыми респираторными вирусными инфекциями, протекающими на фоне хронической обструктивной болезни легких, способствует нормализации показателей энергетического метаболизма, стимуляции аэробного пути гликолиза у пациентов, находившихся под наблюдением, посредством увеличения содержания в крови универсальной энергетической молекулы АТФ.

Заключение. Считаю патогенетически обоснованным и эффективным включение в комплекс терапии больных острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне хронической обструктивной патологии легких комбинации современных препаратов Циклоферон и Цитофлавин.

УДК 502.5:614

И.А. Ладыш, О.А. Баев, А.А. Щепкин

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ГОУ ЛНР «Луганский национальный аграрный университет», Луганск, ЛНР

irina-ladysh@yandex.ru

I. Ladysh, O. Baev, A. Shchepkin

ECOLOGICAL ASPECTS OF POPULATION HEALTH

*SEI LPR LNR "Lugansk National Agrarian University",
Lugansk, LPR*

Актуальность. В настоящее время продолжается увеличение разнообразных глобальных, региональных и локальных экологических проблем, от решения которых зависит и состояние природной среды, и здоровье людей. Однако, знания о качестве атмосферного воздуха, как основной потребности человека, находятся на одном из последних мест информационных приоритетов.

В последние десятилетия в связи с ростом напряжения экологической обстановки на организм человека ложится допо-

лнительная нагрузка. К ее составляющим, можно отнести все виды загрязнения: физическое (шумовое, электромагнитное, радиационное и т. п.); химическое, связанное с проникновением в воздух, почву и воду химических веществ до уровня, превышающего предельно допустимые концентрации; механическое, связанное с бытовыми и промышленными отходами. Основными химическими загрязнителями в наши дни являются автомобильный транспорт (49 %), топливная промышленность (28 %) и промышленные процессы (13 %). Как правило, загрязнения воздуха в индустриально развитых странах обуславливаются пятью группами загрязнителей: оксидами углерода; оксидами азота (сгорание ископаемого топлива, автотранспорт, азотные удобрения); оксидами серы (сгорание угля и некоторых сортов нефти); летучими органическими соединениями (главным образом, углеводородами) и различными типами взвешенных частиц (особенно тонкие частицы ядовитых металлов и асбеста). Вдыхание такого воздуха, естественно, сразу же сказывается на состоянии органов дыхания. Поступление его в организм вызывает повреждение слизистых оболочек верхних дыхательных путей, увеличение их проницаемости, обсеменение миндалин патогенными микробами.

Оценивая размеры воздействия вредных веществ на здоровье детей и подростков, необходимо учитывать, что химическое загрязнение атмосферного воздуха снижает адаптационные возможности организма и, как следствие, устойчивость к неблагоприятным факторам других этиологий, повышает уровень заболеваемости, прежде всего органов системы дыхания, неблагоприятно влияет на уровень смертности.

Цель работы. Изучить связь между изменениями качественного состава атмосферного воздуха с показателями распространенности и заболеваемости городского населения болезнями органов дыхания, что даст возможность оценить воздействие экологической составляющей на здоровье.

Материалы и методы. Информационной базой для исследования послужили ежемесячные отчеты Комплексной лаборатории наблюдений за загрязнением природной среды Центра гидрометеорологии Министерства чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий ЛНР и данные справочника «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских учреждений» за период с 2006 по 2015 годы.

Данные о состоянии атмосферного воздуха были получены на четырех постах: Пост № 4 (ул. Советская, 35); Пост № 5 (кв. Шевченко, 6); Пост № 6 (кв. Комарова, 1-б); Пост № 7 (Луганский национальный аграрный университет, 5-б).

Для проведения исследований были выбраны два временных периода: первый (I) с 2006 по 2010 гг. и второй (II) – с 2011 по 2014 гг.

Для оценки качественного спектра загрязнения атмосферного воздуха использовались данные по 5 загрязнителям – пыль, диоксид серы, оксид углерода, диоксид азота, формальдегид. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программы IBM SPSS Statistics 18.0. Для установления влияния качественного состава атмосферного воздуха на здоровье населения применяли корреляционный анализ.

Результаты и обсуждение. Чрезвычайно важно, что поллютанты оказывают свое патологическое воздействие на организм, особенно ребенка, даже в том случае, когда имеется однократное превышение предельно допустимых доз в течение года, а средняя за год предельно допустимая доза остается нормальной.

Показатели распространенности и заболеваемости городского населения болезнями органов дыхания в первый исследуемый период минимальными были в 2009 году (33238,2/28249,2 на 100 тыс. населения), а во второй – в 2014 году (25969,0/20499,8 на 100 тыс. населения). Максимальными, соответственно – 35516,6/30422,4 в 2008 году и 36877,9/31755,2 на 100 тыс. населения в 2011 году. При этом болезни органов дыхания составляли более 42% в общей структуре заболеваемости.

В первом исследуемом периоде установлена умеренная положительная коррелятивная связь между распространенностью и заболеваемостью городского населения болезнями дыхательной системы с концентрацией загрязняющих веществ – пыли. Во втором периоде – диоксидом азота, соответственно. Воздействие загрязняющих веществ на организм человека не проходит бесследно. Как утверждает Г.И. Карпухин, данные соединения, поступая в организм человека с вдыхаемым воздухом, оказывают токсическое, канцерогенное, мутагенное, тератогенное и аллергическое действия.

Заключение. Проведенные исследования позволили выявить взаимосвязь между качественным составом атмосферного воздуха (пыль и диоксид азота) и заболеваемостью городского населения болезнями органов дыхания в разные временные периоды.

УДК 615.8-056.24

А.Д. Луговсков, С.М. Дюбанов, И.Л. Выприцкая, О.А.Козикова
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

*ГУ «Луганский республиканский центр медико-социальной
экспертизы» ЛНР, Луганск, ЛНР*

ocmsek_lugansk@mail.ru

A.D. Lugovskov, S.M. Dyubanov, I.L. Vypritskaya, O.A. Kozikova
**ACTUAL QUESTIONS CONCERNING PEOPLE'S WITH
DISABILITIES REHABILITATION**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Lugansk republic center of medico-social expertise, Lugansk, LPR

Актуальность. Удельный вес инвалидов в структуре населения мира 10%, лица, имеющие хронические заболевания составляют до 25%. В Луганской Народной Республике инвалиды составляют - 4,3% населения. Ежегодно на МСЭК Луганской Народной Республики освидетельствуется более двадцати тысяч человек, в том числе до пяти тысяч признаются инвалидами впервые, из них более 90% - это люди трудоспособного возраста. При повторном освидетельствовании полностью восстанавливают трудоспособность только от 2,5% до 4,5% инвалидов, частично - 16%. В последние годы социальная политика по отношению к инвалидам развивает реабилитационное направление как стержневую основу адаптации инвалида в обществе. Реабилитация - это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель работы. Проанализировать законодательную базу и реабилитационные принципы и услуги в Луганской Народной Республике.

Материалы и методы. Использованы методы: сравнительный анализ, статистическая обработка данных. Проанализирована нормативно-правовая база. Материалом исследования являлись данные формы государственной статистической отчетности (формы №14 - Отчет о причинах инвалидности, показаниях к медицинской, профессиональной и социальной реабилитации за год) ГУ «ЛРЦМСЭ» ЛНР. Проведен анализ рекомендованных

инвалидам в индивидуальных программах реабилитации инвалидов (ИПР) мероприятий медицинской, профессиональной, социальной реабилитации; по обеспечению техническими средствами реабилитации; проанализированы результаты реабилитации, выявленные при очередном освидетельствовании.

Результаты обсуждения. Объектами реабилитации являются больные, травмированные, раненые и реконвалесценты после различных заболеваний, с временной утратой трудоспособности или ее снижением в различной степени – это первичный контингент. А также больные хроническими заболеваниями, пострадавшие с последствиями травм и ранений со стойкой утратой трудоспособности и временной инвалидизацией, у которых в результате принятых мер возможна положительная коррекция – это вторичный контингент. Инвалиды с последствиями заболеваний, травм и ранений с различной степенью стойкой утраты трудоспособности составляют третичный, или постоянный, контингент, нуждающийся в реабилитации.

Документы, регламентирующие реабилитацию инвалидов в ЛНР:

- Декларация ООН о правах инвалидов (резолюция 3447 Генеральной Ассамблеи ООН от 09.12.75).

- Конвенция о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблей ООН 13 декабря 2006.

- Постановление Совета Министров Луганской Народной Республики от 08.09.2015 г. №02-04/271/15 «Об утверждении Порядка обеспечения техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов и других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики».

- Постановление Совета Министров Луганской Народной Республики от 14 ноября 2017г. №746/17 «Об утверждении Порядка определения работодателя (другого лица) как страхователя, участия Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Луганской Народной Республики в расследовании несчастного случая, организации направления пострадавшего на производстве на медико-социальную экспертную комиссию территориальными отделениями Фонда и назначения страховых выплат».

- Постановление Совета Министров Луганской Народной Республики от 14 ноября 2017г. №746/17 «Об утверждении Порядка определения работодателя (другого лица) как страхователя, учас-

тия Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Луганской Народной Республики в расследовании несчастного случая, организации направления пострадавшего на производстве на медико-социальную экспертную комиссию территориальными отделениями Фонда и назначения страховых выплат».

Постановление Совета Министров ЛНР от 25 октября 2016 года № 578 «Об утверждении Порядка и Критериев установления медико-социальными экспертными комиссиями степени стойкой утраты профессиональной трудоспособности в процентах работникам, которым нанесен ущерб здоровью, связанный с выполнением трудовых обязанностей».

Законы и другие правовые акты, действовавшие на территории Луганской Народной Республики до вступления в силу Конституции, применяются в части, не противоречащей ч.2 ст.86 Временного Основного Закона (Конституции) Луганской Народной Республики.

По данным отчета Европейского регионального бюро ВОЗ «О деятельности в области профилактики инвалидности», 20-25 % стационарных и 40-45% амбулаторных больных нуждаются в медицинской реабилитации, так как уже имеют или в ближайшем будущем могут иметь тяжелые необратимые изменения в организме, влекущие социальную недостаточность. Среди инвалидов I группы потребность в медицинской реабилитации испытывают 88,9%, среди инвалидов II группы – 36,6%, среди инвалидов III группы – 40,3 %.

Целью реабилитации является уменьшение ограничений жизнедеятельности, увеличение овладения новыми навыками и способностями, которые максимализируют активность, видоизменение окружающей среды, как физической, так и социальной с целью минимизации социальных ограничений.

Общие показания к медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации в 1983г., к ним относятся: 1) значительное снижение функциональных способностей; 2) снижение способности к обучению; 3) нарушения социальных отношений; 4) нарушения трудовых отношений.

Виды реабилитации: медицинская, профессиональная и социальная.

Медицинская - комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие пострадавших функций организма,

стимуляцию саногенетических механизмов для возвращения пациента к активной самостоятельной жизни. Вклад медицинской реабилитации (при недоработке) в росте инвалидности составляет 13 %.

Методы медицинской реабилитации: физические и механические методы реабилитации; массаж; традиционные методы лечения; психотерапия; логопедическая помощь; лечебная физкультура; реконструктивная хирургия; протезно-ортопедическая помощь; санаторно-курортное лечение; технические средства реабилитации; изделия медицинского назначения; информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.

Профессиональная реабилитация – комплекс государственных и общественных мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности или включение в общественно-полезный труд для обеспечения материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество. Профессиональной реабилитацией инвалидов занимается в ЛНР Фонд социального страхования на случай безработицы, образовательные учебные заведения Министерства образования и науки, а также ГУ ЛНР Центр комплексной реабилитации инвалидов. Из лиц, которым рекомендовано трудоустройство, желают работать менее 50%, причем обращаются в фонд социального страхования на случай безработицы только треть из желающих работать. Предпринимаемые службой занятости меры позволяют обеспечить уровень трудоустройства инвалидов до 50%, хотя мотивация к труду остается низкой.

Социальная реабилитация – комплекс мероприятий для социальной интеграции и обеспечения способности к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности, включающий обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жильём вблизи места работы, поддержание уверенности в том, что они являются полезными членами общества, а также материальное обеспечение больного или инвалида и его семьи путём выплат по временной нетрудоспособности или инвалидности, назначения пенсии и т.п. В ЛНР социальная реабилитация предоставляется в 14 комплексных центрах социального обслуживания населения (предоставление социальных услуг), 12 интернатных учреждениях Управления труда и социальной защиты населения, Центре социальной реабилитации людей с особыми потребностями, ГУ ЛНР «Луганском центре социальной реабилитации детей-

инвалидов «Возрождение». Государственное унитарное предприятие Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» изготавливает протезы и ортезы верхних и нижних конечностей с использованием соответствующих диагнозу технологий, фиксирующие и корригирующие корсеты по индивидуальному заказу, ортезы для сидения (для детей с диагнозом ДЦП). Также занимается пошивом ортопедических стелек и обуви.

По результатам переосвидетельствования и проконтролированных ИПР выполнено полностью – 35%, частично – 63%, не выполнено 2% ИПР. Реконструктивные операции выполняются в 25% случаев. Выполнение рекомендаций по оздоровлению и профреабилитации в реабилитационном центре выполняется на 40%. Очень низкий процент по обеспечению изделиями медицинского назначения.

Заключение. Реабилитация, это междисциплинарная проблема, которую должны решать совместно Министерство здравоохранения, Министерство труда и социальной защиты населения, Министерство образования и науки, Министерство семьи, молодежи и спорта, Министерство культуры, Органы исполнительной власти. Конечной целью государственной политики по отношению к людям с ограниченными физическими возможностями является обеспечение им равных прав и возможностей, создание условий для реабилитации и интеграции инвалидов в общество, а также повышение уровня их жизни, возвращение к профессиональной, общественной и бытовой деятельности.

УДК 616.611-002-036.12+616.24-007.271]-08-035-092

И. В. Мухин, В. Г. Гавриляк, Е. Н. Чеботарева

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ
КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ**

ДНМУ им. М. Горького, Донецк, ДНР

contact@dnmu.ru

I. V. Mukhin, V. G. Gavrilyak, E. N. Chebotareva

**METABOLIC ABNORMALITIES AND CORRECTION IN
COMORBIDITY PATHOLOGY**

M. Gorky Donetsk national medical university, Donetsk, LPR

Актуальность. Гиперурикемия, инсулинорезистентность, дислипидемия у больных артериальной гипертензией (АГ) с сопутствующей стабильной стенокардией (СС) встречается значительно чаще, чем в

общей популяции – от 25 до 90%. Продолжается изучение общности патофизиологических звеньев формирования кардиальной коморбидности и разработка корригирующих мероприятий, направленных на метаболические механизмы прогрессирования такой синдрома.

Цель работы: сравнить результаты влияния 3-х терапевтических режимов на метаболические параметры у молодых больных АГ и СС при продолжительном периоде наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включено 237 больных АГ и СС (основная группа) и 30 здоровых лиц аналогичного пола и возраста (группа сравнения). Методом случайной выборки больные были рандомизированы в три статистически гомогенные группы наблюдения. В 1-ю группу включены пациенты, которые получали только стандартное медикаментозное лечение АГ и СС. Пациенты 2-ой группы в дополнении к аналогичной терапии получали «Липин» (липосомальный фосфатидилхолин) по 0,5 г внутривенно капельно утром на 50 мл физиологического раствора хлорида натрия. «Липофлавон» (27,5 мг липосомального лецитина-стандарта и 0,75 мг кверцетина вечером) внутривенно вечером (производственное объединение «Биолек», Харьков, Украина). В дополнении 0,5 г «Липина» вводили ингаляционно при помощи ультразвукового небулайзера. Базовый курс лечения составил 10 дней. В последующем аналогичные курсы проводились 4 раза в год по 10 дней каждый. 3-ей группе наблюдения проводилась как стандартная, так и липосомальная терапия, но в сопровождении с сеансами интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ) продолжительностью по 50-60 минут на протяжении 20 дней (гипоксикаторы «ГИП 10-1000-0», «Трейд Медикал», Россия и «Тибет-4», «Newlife», Россия-США) в режиме дозирования 5х5х5. В течение последующего года наблюдения пациенты получали суммарно 4 курса гипокситерапии (1 раз в квартал) по 20 дней каждый одновременно с липосомальными препаратами. Метаболические параметры оценивались через год от момента начала исследования. Статистическую обработку результатов выполняли при помощи программы Statistica v. 6 (StatSoft, США) (модули Basic statistic and nonparametric). Нормальность распределения анализировали в тесте Холмогорова-Смирнова. Исследуемые параметры у больных и здоровых имели нормальное распределение, поэтому в расчетах использовали критерий t для зависимых/независимых выборок. Минимальный уровень значимости, при котором отвергалась ну-

левая гипотеза, был $< 0,05$.

Результаты и обсуждение. Динамика показателей углеводного обмена в 1-ой группе продемонстрировала отсутствие изменения исходных показателей инсулинорезистентности (по уровню С пептида и индексу НОМА), как по отношению к группе здоровых, так и больных 2-ой и 3-ей групп. Во 2-ой группе уровень эндогенного инсулина на всех этапах был идентичный 1-ой группе, а индекс НОМА уже имел тенденцию к снижению, однако так и не достиг аналогичного уровня здоровых. В 3-ей группе на фоне 3-х компонентной лечебной программы к концу годичного периода наблюдалась статистически достоверная регрессия величины данного показателя, а его величина уже не отличалась статистически от уровня здоровых людей.

Динамика уровня общего холестерина в 1-ой и 2-ой группах отсутствовала. Напротив, в 3-ей группе наблюдали регресс данного показателя до уровня здоровых людей (до 5,0 ммоль/л), который не соответствует концентрации холестерина для больных ИБС. В последнем случае он должен быть более низким – 4,5 ммоль/л. Уровень триглицеридов крови превышен у больных в 1,9 раза, что является косвенным подтверждением влияния гиперинсулинемии. На фоне лечения в 1-ой и 2-ой группах наблюдалась тенденция снижения на 0,3 и 0,4 ммоль/л соответственно. В 3-ей группе регрессирование концентрации было более значимым, практически приближенным к группе контроля.

Исходный уровень эндогенного инсулина оставался превышенным и на фоне лечения, но отмечался его регресс между исходным определением и через год на 18,3; 18,6; и 52,6 мкмоль/л соответственно. Если в 1-ой и 2-ой группах снижение было преимущественно тенденционным, то в 3-ей установлено статистически достоверное снижение, хотя и на 3-м этапе исследования концентрация эндогенного инсулина так и не достигла уровня здоровых лиц. Одновременно наблюдалась тенденция увеличения клиренсовых значений мочевой кислоты в 1-ой и 2-ой группах, более значимая в 3-ей группе. Во всех группах больных конечные значения мочевой кислоты статистически достоверно отличались от здоровых.

Заключение. У гипертензивных АГ и СС молодого возраста развиваются многокомпонентные метаболические нарушения, участвующие в коморбидных патогенетических построениях и сопровождающиеся инсулинорезистентностью, умеренной смешанной гиперхолестеринемией и урикемией со сниженными клиренсо-

выми показателями мочевой кислоты. Традиционное медикаментозное лечение, как и терапия с добавлением метаболитотропных препаратов в липосомальной форме, способствовали тенденции к снижению уровня липидемии, инсулинорезистентности и уратемии. Трехкомпонентная терапия с включением сеансов ИНБГТ значительно снижала резистентность тканей к инсулину, общий холестерин, триглицериды, урикемию, и увеличивала ее клиренс.

УДК 611-018.54:616.24-002+616.36-003.82

Г.В. Мякоткина, В.В. Юристовская

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ СТЕАТОГАПАТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ С ВЕГЕТО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

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

Sotskaya@mail.ru

G.V. Miakotkina, V.V. Yurystovska

INDICATORS OF LIPID PEROXIDATION IN PATIENTS WITH STEATOGAPATH ON THE BACKGROUND OF CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE OF LIGHT DUSTY ETIOLOGY WITH VEGETA-SENSORY POLYNEUROPATHY

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Целью работы было изучение состояния липопероксидации у больных СГ на фоне ХОБЛ пылевой этиологии с вегето-сенсорной полинейропатией.

Материалы и методы. Обследовано 64 мужчин в возрасте 20-59 лет. Все пациенты распределены на 2 группы: первую (33 человека) с СГ на фоне ХОБЛ с ВСП и вторую (31 человек), у которых был СГ при отсутствии ХОБЛ.

Результаты и обсуждение. При изучении состояния липопероксидации установлено, что до начала лечения имела место существенная активация процессов ПОЛ. При этом в первой группе (с наличием ХОБЛ и ВСП), повышение показателей ПОЛ было более значительным, чем у больных СГ с отсутствием ХОБЛ. До лечения концентрация МДА в первой группе ($9,1 \pm 0,3$) мкмоль/л (при норме $3,2 \pm 0,2$ мкмоль/л), была в 2,84 выше нормы. Уровень МДА до начала лечения у пациентов второй группы был увеличен меньше и достигал ($5,8 \pm 0,2$) мкмоль/л, однако превышал нормальные значения в 1,8 раза и в то же время в 1,6 раза меньше, чем в первой группе. Со-

держание ДК было повышено в первой группе ($24,8 \pm 0,35$) мкмоль/л, что больше в 2,6 раза. Во второй группе уровень данного показателя до лечения составлял ($18,9 \pm 0,4$) мкмоль/л, что превышало показатель нормы в 2,0 раза и в то же время в 1,3 раза ниже, чем у больных первой группы. Интегральный показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ) был увеличен в первой группе ($10,1 \pm 0,2$)%, что превышало норму в 2,9 раза; во второй группе показатель ПГЭ превышал нормальные значения в 1,83 раза и составлял ($6,4 \pm 0,1$)%, что в 1,6 меньше, чем у пациентов первой группы.

Заключение. Наличие коморбидности с ХОБЛ пылевой этиологии и ВСП способствует более существенной активации процессов ПОЛ, с увеличением содержания ДК и МДА и показателя ПГЭ.

УДК 616.441-008.64:616.12/.13+615.835

Н.Ю. Паниева

ДИНАМИКА ГОМОЦИСТЕИНА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

N.Yu. Panieva

DYNAMICS OF HOMOCYSTEIN IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM ON THE BACKGROUND OF LONG TREATMENT

Donetsk National Medical University them. M. Gorky

Актуальность. Патология сердца у больных идиопатическим гипотиреозом является доминирующей среди главных причин смерти пациентов. В последние годы большое значение уделяется изучению ранних предикторов эндотелиальной дисфункции – гомоцистеину, поскольку показано его влияние на увеличение сердечно-сосудистого риска у больных первичным гипотиреозом.

Цель исследования заключалась в анализе сывороточного уровня гомоцистеина у больных первичным гипотиреозом и его динамике на фоне двух режимов лечения.

Материалы и методы. В проект были включены 95 больных первичным гипотиреозом в возрасте от 30 до 65 лет. Критериями включения в исследование были: среднетяжелое течение гипотиреоза, гипотиреоз как следствие/исход хронического аутоиммунного тиреоидита, артериальная гипертензия 1-2 стадии и 1-2 степени, развившаяся во времени уже после дебюта гипотиреоза, письменное согласие на добровольное участие в проекте. Критерии исключения – возраст до 30 и старше 65 лет, тяжелое течение микседемы, послеоперационный

(вторичный) гипотиреоз, рак щитовидной железы, микседематозное сердце (микседематозная кардиопатия), артериальная гипертензия 3 стадии, симптоматический характер гипертензии, непереносимость компонентов лечебной программы, сахарный диабет.

Методом случайной выборки пациенты разделены на две однотипные группы наблюдения, статистически гомогенные по полу ($\chi^2=0,4$, $p=0,66$), возрасту ($t=1,8$, $p=0,41$), длительности гипертензивного ($t=0,8$, $p=0,85$) и тиреоидного ($t=2,3$, $p=0,14$) синдромов и тяжести их проявлений, первая из которых ($n=48$) получала только стандартную терапию (тироксин, ингибитор АПФ/сартан, продленный антагонист кальция, статины, антиагрегант). Вторая группа ($n=47$) дополнительно к такому же самому медикаментозному лечению получала 20-ти дневные сеансы ПТТ (гипокси-гипероксикатор «Тибет-4», «Newlife», Россия). Сеансы ПТТ проводили ежеквартально по 20 дней каждый ежеквартально по 4 20-ти дневных курса в год. Дозировки тиреозамещающих препаратов, а также антигипертензивных средств и их комбинаций корректировали исходя из меняющейся клинической и лабораторной ситуации. В группу контроля включены 30 практически здоровых человека аналогичного пола и возраста. Продолжительность наблюдения составила 5 лет. Уровень гомоцистеина плазмы определяли хемиллюминесцентным иммуноанализом на микрочастицах.

Исходная концентрация гомоцистеина в крови больных 1-ой и 2-ой групп составила $29,2 \pm 1,03$ и $30,1 \pm 0,27$ мкмоль/л ($t=0,16$, $p=0,87$) соответственно, а у здоровых $7,9 \pm 0,18$ мкмоль/л. Различия исходных показателей в группах больных со здоровыми были высоко достоверными - $t=4,8$, $p=0,001$ и $t=3,5$, $p=0,02$ соответственно. При повторном исследовании показателей через 5 лет оказалось, что в группе 1 концентрация гомоцистеина снизилась до $21,3 \pm 0,16$, а во 2-ой – до $13,8 \pm 0,24$ мкмоль/л ($t=3,1$, $p=0,04$). Таким образом, у гипертензивных больных первичным гипотиреозом установлена гипергомоцистеинемия, являющаяся одним из важных маркеров неблагоприятного кардиального прогноза. Продолжительное лечение с ПТТ позволило достоверно снизить сывороточный уровень гомоцистеина как по сравнению с исходной концентрацией, так и представителями группы сравнения. Для решения вопроса о роли снижения уровня гомоцистеина крови на фоне лечения, целесообразно провести субанализ, посвященный изучению частоты и сроков возникновения у исследуемой категории больных кардиальный проявлений и сердечно-сосудистых осложнений.

УДК 616.24-002.14+ 616-056

Г.П. Победенная, Ю.И. Вагина

**ПРЕДИКТОРЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ
ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

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

pgp2709s@yandex.ru

G.P. Pobedyonnaya, Yu.I. Vagina

**PRECURSORS OF MICROCIRCULAR DISORDERS AT
PNEUMONIA ASSOCIATED WITH Obesity**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Лица с ожирением имеют риск развития пневмонии (П) в 2 раза выше, чем в популяции. В формировании осложнений П, сочетанной с ожирением, важное значение имеют микроциркуляторные расстройства.

Цель работы - определить состояние микроциркуляции при внебольничной П, сочетанной с ожирением.

Материал и методы. Исследовано 79 пациентов с негоспитальной П III клинической группы, среди которых только П была у 34 пациентов (I группа), сочетание П с ожирением – у 45 человек (II группа). Исследовали состояние агрегационной способности тромбоцитов крови, сорбционной способности мембран эритроцитов (ССЭ) и их средний корпускулярный объем (МСV).

Результаты и обсуждение. У пациентов II группы все исследованные значения агрегационной способности тромбоцитов оказались достоверно выше, чем в I группе, с более значительным сокращением времени дезагрегации, а также СЗЕ была в 2 раза выше нормы и в 1,3 раза - аналогичной в I группе при более значительном повышении МСV.

Заключение. Повышение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегационной способности тромбоцитов при увеличении ССЭ и МСV эритроцитов создавало основания для более быстрого развития микроциркуляторных расстройств при П, ассоциированной с ожирением, что потенциально может замедлить процесс выздоровления и ухудшить прогноз пациента.

УДК 615.27: [616.248+616.12-005.4]-08

Г.П. Победенная, С.В. Ярцева, Р.С. Куликова

**СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ
ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ,**

СОЧЕТАННОЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ ЛНР «ЛИГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
 pgp2709s@yandex.ru

G.P. Pobeyonnaya, S.V. Yartseva, R.S. Kulikova

**STATE OF AGGREGATION THERAPY OF THROMBOCYTES IN
 PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA CONCERNED WITH
 ISCHEMIC-SIDE OF HEART DISEASE**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Сочетание бронхиальной астмы (БА) и ишемической болезни сердца (ИБС) часто встречается в клинической практике. Гиперагрегация - один из общих патогенетических механизмов их сосуществования. **Цель работы** - изучить механизмы развития гиперагрегационного синдрома у пациентов с БА, коморбидной с ИХС.

Материалы и методы. Исследованы 48 больных с обострением БА средней степени тяжести, сочетанной с ИБС, в возрасте $52,4 \pm 3,5$ лет, у которых изучали спонтанную и АДФ- индуцированную агрегацию тромбоцитов на лазерном агрегометре НПФ «Биола» 230-LA. Контрольную группу вошли 34 практически здоровых лица в том же возрасте.

Результаты и обсуждение. У пациентов с БА наблюдалось только удлинение времени агрегации. При БА, сочетанной с ИБС, отмечалось достоверное увеличение всех показателей спонтанной и АДФ- индуцированной агрегации, которые при лечении базисными средствами оставались значительно повышенными.

Заключение. При обострении БА, сочетанной с ИБС, отмечено повышение агрегационной способности тромбоцитов, которую не нормализовывали базисные средства терапии. Это создает предпосылки для дополнения терапии при сочетании БА и ИБС антиагрегатными средствами.

УДК 616.36-002-022-07+616.98:578.828+616-002.5

Ю.Г. Пустовой, В.В. Баранова, Ю.Н. Коробка, Н.С. Сидорова

**ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
 С У ПАЦИЕНТОВ С ТРОЙНОЙ КОИНФЕКЦИЕЙ: ВИЧ –
 ИНФЕКЦИЯ, ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С, ТУБЕРКУЛЕЗ,**

ГУ ЛНР «ЛИГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
 vbaranova@lds.net.ua

Yu.G. Pustovoy, V.V. Baranova, Yu.N. Korobka, N.S. Sidorova

PROBLEM OF DIAGNOSTICS OF VIRAL HEPATITIS C OF

PATIENTS WITH TRIPLE INFECTION: HIV- INFECTION, VIRAL HEPATITIS C, TUBERCULOSIS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. На сегодняшний день число людей инфицированных вирусом гепатита С (ВГС) в мире достигает 130-150 миллионов, и ежегодно более 350 тыс. -500тыс. человек умирают от болезней печени связанных с ВГС. На фоне относительной стабилизации показателей распространенности туберкулеза в странах постсоветского пространства регистрируется ежегодный рост числа людей живущих с ВИЧ – инфекцией (ЛДЖВ). У людей инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) вирусные гепатиты В и С регистрируются чаще чем среди населения в целом, поскольку пути передачи вируса ВИЧ и гепатитов одинаковы. По данным некоторых авторов до 20 % лиц с Коинфекцией (ВИЧ/туберкулезом) имеют маркеры активной репликации ВГС.

Цель работы: изучить частоту регистрации вирусного гепатита С у больных с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 95 историй болезней пациентов с Ко - инфекцией (ВИЧ/ТБ), находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулезном диспансере за период 2014-2016 гг.

Результаты и обсуждение. Среди больных две трети составили мужчины 68 (71,6%) и в 2,5 раза реже женщины (в 28,4% случаях). Средний возраст больных с Ко – инфекцией ВИЧ/ТБ составил 38,2±8,1 лет (от 23 до 58 лет). Треть пациентов указывали, что находились в пенитенциарных учреждениях (от 1 года до 18 лет) в среднем – 6,4 ±1,1г. Около половины 47 (49,5 %) признавали употребление наркотиков или в прошлом, или в настоящее время. При этом социально защищенных лиц (работающих) на момент госпитализации было всего 17 пациентов (17,9%). Большая часть пациентов с Коинфекцией (ВИЧ/ТБ) заболели туберкулезом впервые – 79 (83,2%), повторные случаи туберкулеза – рецидив и мультирезистентный туберкулез выявлялись в единичных случаях (8,8% и 5,1% соответственно). По распространенности туберкулезного процесса больше трети пациентов с ВИЧ –ассоциированным туберкулезом были с множественной локализацией туберкулезного воспаления в 29,5 % случаях (28 лиц).

У больных с Коинфекцией преобладало сочетание поражения легочной ткани и лимфатических узлов внутригрудных (18 больных - в 17,3% случаях) и/или периферических (16,8%). Также регистриро-

валось поражение туберкулезом плевры – 7,4%, бронхов и гортани/глотки – 6,3%, центральной нервной системы, кишечника, органов зрения. Каждый пятый пациент с ВИЧ - ассоциированным туберкулезом выявлялся несвоевременно, так как рентгенологически регистрировались деструктивные изменения - в 18,9 % случаях и бактериовыделение: обильное (при положительном результате микроскопического исследования) – в 20,1% случаях или скудное (при положительном только бактериологическом анализе) у 44 пациентов - 46,3%. К сожалению, в 44,4% случаях регистрация туберкулеза и ВИЧ – инфекции была одномоментная при госпитализации и обследовании в противотуберкулезном учреждении. Из тех больных, у кого ВИЧ – инфекция была зафиксирована ранее наблюдение у инфекциониста в СПИД – центрах длилось от 1 года до 16 лет ($6,1 \pm 0,9$ г). При этом регистрация туберкулеза у большинства пациентов была на фоне глубокой иммуносупрессии, с содержанием CD 4+ лимфоцитов от 4 до 100 клеток в 53,3 % случаях. В 62,8 % случаях у больных была зарегистрирована выраженная вирусная нагрузка (ВН) от 1 млн. до 90 тыс.

Практически у половины пациентов с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом (46,9%) была выявлена сопутствующая патология. В трети случаях - 28,4%, регистрировался кандидоз, каждый десятый страдал герпетической инфекцией (9,9%), но наиболее часто, в 37,1% случаях, был установлен вирусный гепатит С. Необходимо отметить, что треть пациентов были не дообследованы на маркеры гепатитов: они либо отказались от обследования, либо выбыли из стационара (ушел, переведен в отделение паллиативной терапии, умер). У лиц с подтвержденным вирусным гепатитом С повышения уровня АЛТ/АСТ регистрировалось в 40,5% случаях до начала противотуберкулезной терапии, что указывало на сохранение функции печени лишь у половины пациентов (59,5%). Обращает на себя внимание увеличение, практически в равной степени уровня АЛТ и АСТ у больных без данных о наличии вирусных гепатитов (41, 4%), что должно насторожить и не может исключить наличия этой сопутствующей патологии.

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости у пациентов с тройной Коинфекцией с установленным диагнозом гепатита в 74 % случаев была выявлена гепатомегалия. При этом, и у трети пациентов (28,6%) без данных о наличии вирусных заболеваний печени так же была зарегистрирована гепатомегалия, что требует проведения повторных исследований на маркеры гепатитов с целью исключения тройной Коинфекции.

Заключение. Наиболее часто среди сопутствующей патологии у пациентов с Коинфекцией (ВИЧ/туберкулез) был установлен вирусный гепатит С - в 37,1% случаях - регистрация тройной Коинфекции. Необходимо внести исследование на маркеры гепатитов в обязательный диагностический минимум обследования у пациентов с туберкулезом при ВИЧ - позитивном статусе. У больных с выраженным иммунодефицитом отрицательный результат на маркеры гепатитов С/В не может исключать вирусный гепатит. Наличие цитолитического синдрома (41,4%) и гепатомегалии (28,6%) у пациента с ВИЧ - ассоциированным туберкулезом с неустановленным вирусным гепатитом требует проведения более частого мониторинга за основными показателями функции печени, и в процессе лечения обосновано повторное исследование на маркеры гепатитов с целью исключения тройной Коинфекцией (ВИЧ/ТБ/ВГС).

УДК 368.9: 61

Г. А. Рещиков, Т. Н. Кислая

**СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА В РЕФОРМИРОВАНИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет
имени Тараса Шевченко», Луганск, ЛНР*

G. A. Reshikov, TN. Kislay

**MEDICAL INSURANCE REFORM OF HEALTH LUGANSK
PEOPLE'S REPUBLIC**

Lugansk national University named Taras Shevchenko, Lugansk, LPR

Актуальность. Поиск путей преодоления основных проблем системы здравоохранения Луганской Народной Республики побуждает к переходу к системе страхования здоровья людей, которая с успехом применяется в большинстве экономически развитых странах мира. Медицинское страхование – это система организационных и финансовых мероприятий по оптимизации деятельности страховой медицины, способной защитить имущественные интересы населения в условиях переходного периода и обеспечить гражданам социальных гарантий и прав на получение медицинской помощи. В большинстве стран мира в систему здравоохранения входит страховая медицина, которая дополняет государственную. Системы медицинского страхования на случай болезни, как свидетельствует мировой опыт, являются многогранными и отличаются по принципам управления и организации, путям привлечения людей, перечнем

медицинских услуг и характером финансирования. По данным ВОЗ разнообразные системы страховой медицины используют более тридцати стран Организации Экономического Сотрудничества и Развития. Ими охвачено более 800 млн. лиц, при этом почти 74% затрат на лечение больных компенсируется страховыми фондами.

Цель работы: изучить возможность перехода к страховой медицине в Луганской Народной Республике.

Материалы и методы. Проведен анализ состояния системы здравоохранения Луганской Народной Республики, изучены нормативные акты ЛНР и Украины. Проанализированы программы медицинской страховки физических лиц различных стран.

Результаты и обсуждение. Реформы финансирования медицины – это прежде всего переход от советской модели финансирования бюджетной к современной страховой. Плановая экономика в СССР исчезла в 1991 году, но медицина Украины до сих пор живет в плановой экономике, тогда как все постсоветские страны хоть что-то начали делать в этом направлении. Большинство из них еще в 90-ые провели эти реформы, а Кыргызстан и Молдова – в 2000-ые годы. Луганская Народная Республика и Украина на сегодняшний день предлагают только 3 вида медицинских страховых полисов: добровольная медицинская страховка (ДМС); медицинская страховка для выезда за границу (полис туриста); корпоративная медицинская страховка.

Пока что страхование здоровья – дело исключительно добровольное, и люди сами решают, нуждается ли он или его семья в этом полисе. Внедрение страховой медицины должно быть постепенным и поэтапным. Для внедрения страховой медицины в ЛНР нужно провести глубокую и основательную реформу государственной системы здравоохранения и вывести качество предоставляемых услуг на достойный уровень. Суть страховой модели медицины – деньги идут за пациентом. Человек вносит взносы различным способом: платит напрямую, посредством страхового взноса, платит налоги, а из них потом пойдет часть на его страхование. И когда человек болеет, то эти деньги приходят в то место и тому врачу, или в ту больницу, в которой пациент получил лечение. Это и есть «деньги следуют за пациентом». Это не должно относиться к первичной медицинской помощи, то есть семейный врач, педиатр, терапевт обязательно входят в гарантированный государственный пакет полностью. Человек в момент получения первичной помощи не должен платить средств. К тому же первичное звено, в финансовом отношении относительно недорогое и необременительное для бюджета. Но если говорить в перспекти-

ве о введении системы страхования по всем уровням – государственного финансирования недостаточно. Нам необходимо создавать такую систему медицинского страхования, которая не несла бы катастрофических расходов для людей, так как в ЛНР серьезная экономическая ситуация. При реформировании системы здравоохранения необходимо интегрировать все медицинские учреждения в одну систему.

Это связано, прежде всего, с отсутствием нормативного регулирования и государственного контроля различных структур, оказывающих медицинскую помощь. В коммерческих заведениях у пациентов нередко находят несуществующие заболевания для вытягивания денег.

Для страховой модели медицины не должно быть разницы между тем, в какой собственности это заведение. Не должно быть отдельно частной медицины, отдельно государственной медицины, отдельно железнодорожной медицины, отдельно еще какой-то ведомственной медицины. Единые правила закупки медицинских услуг, и единые правила контроля медицинских услуг должны распространяться на всех. Минздрав Украины уже отменил Приказ от 23.02.2000 № 33 «О штатных нормативах и типовых штатах учреждений здравоохранения». Этот приказ о том, что деньги должны распределяться за койко-место. Бюджет больницы, в основном, состоит из зарплат врачей. А зарплата врачей, у нас и в Украине привязаны к количеству коек. И не только врачей, но и другого персонала. И этот приказ у нас есть с давних времен, он полностью является продуктом плановой экономики, когда Минздрав каждой больнице говорит, сколько у него персонала должно быть на такое-то количество коек. Один из спорных вопросов страховой медицины – введение коэффициентов на вносимые налоги, уменьшающиеся со временем за счет инфляции. Но это больше относится к накопительной системе, а не к страховой системе. Необходимо решить еще одну проблему – реимбурсацию (возмещение человеку стоимости медикаментов). На сегодня ЛНР остается единственной страной в Европе, не считая Украины, в которой стоимость медикаментов людям не возмещается, где 99% лекарств выплачивают больные со своего кармана. Такого не должно быть. Также для внедрения страховой медицины должна быть усовершенствована система учреждений здравоохранения, каждое из которых должно получить лицензию и отвечать ряду требований. Это очень сложный и многозатратный процесс. Кроме того, врачи должны получить инструкции относительно особенностей предоставления медицинских услуг в условиях функционирования страховой медицины.

Закключение. Прежде чем с уверенностью сказать, что в Луганской Народной Республике существует страховая медицина, должно пройти длительное время, в течение которого будет проведена огромная работа по принятию множества положений, приказов, перечней и инструкций.

УДК 616.24-036.12-007.272-08:616.322-002.1

К.А. Саламех, Я.А. Соцкая

**ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ФАГОЦИТАРНУЮ
АКТИВНОСТЬ МОНОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С
ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ**

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

К.А. Salamekh, Ya.A. Sotskaya

**INFLUENCE OF CYCLOPHERON ON PHAGOCYTOR ACTIVITY
OF MONOCYTES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
LUNG DISEASE COMBINED WITH ACUTE TONSILLITIS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В настоящее время увеличилось количество обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), особенно в сочетании с острыми тонзиллитами (ОТ), что вызывает определенные трудности в лечении больных с данной сочетанной патологией. Поэтому при разработке патогенетически обоснованных подходов к лечению ХОБЛ, сочетанной с ОТ наше внимание привлекла возможность оценки влияния циклоферона на состояние системы фагоцитирующих макрофагов.

Целью работы было изучение влияния циклоферона на показатели системы фагоцитирующих макрофагов у больных ХОБЛ, сочетанной с ОТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 62 больных ХОБЛ, сочетанной с ОТ, которые были разделены на две группы – основную (32 человека) и сопоставления (30 человек). Все больные получали лечение общепринятыми методами. Пациентам основной группы дополнительно назначали циклоферон по 12,5% раствора по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки на протяжении 5 дней подряд, далее при необходимости еще 3-5 инъекций. Для реализации цели исследования изучали состояния макрофагально-фагоцитарной системы (МФС). Использовали чашечный метод изучения фагоци-

тирующей активности моноцитов (ФАМ) с анализом следующих показателей: фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), индекса аттракции (ИА) и индекса переваривания (ИП).

Результаты и обсуждение. При проведении иммунологического обследования до начала лечения было установлено, что в крови больных ХОБЛ, сочетанной с ОТ имеет место достоверное снижение изученных показателей ФАМ относительно соответствующих значений данных показателей в норме: ФИ был снижен в среднем в 1,63 раза относительно нормы (норма - $(26,4 \pm 1,7)\%$; $P < 0,001$) и составил $(16,6 \pm 0,6)\%$, ФЧ в этот период исследования были снижены до $2,3 \pm 0,13$, что в среднем было в 1,8 раза ($P < 0,001$) ниже относительно нормы (норма - $4,0 \pm 0,04$; $p < 0,001$), показатель ИА был в среднем в 1,5 раза ниже нормы ($P < 0,01$), то есть понижался до $(11,2 \pm 0,12)\%$ ($P < 0,01$), показатель ИП понижался до $(13,15 \pm 0,4)\%$, что было в среднем в 2,1 раза ниже соответствующего показателя нормы ($P < 0,001$). Повторное исследование ФАМ было осуществлено после завершения основного курса лечения. После завершения общепринятого лечения у больных ХОБЛ, сочетанным с ОТ в целом показатели функциональной активности МФС оставались достоверно ниже нормы, но отмечено некоторое повышение значений изученных показателей ФАМ, причем в основной группе изученные показатели были достоверно выше, чем у больных получавших общепринятую терапию. Так, ФИ повысился по сравнению с исходным в 1,3 раза и составил в основной группе $(24,5 \pm 0,7^*)\%$, что было в 1,24 раза меньше соответствующего показателя нормы; ФЧ у этих больных повысилась относительно исходного его значения в 1,41 раза и составил $(3,95 \pm 0,15^*)$, что было в 0,3 раза меньше нормы ($P < 0,05$). ИА повысился до $(13,9 \pm 0,13)\%$, что было меньше нормы в среднем в 1,01 раза ($P < 0,05$). ИП составлял $(22,4 \pm 0,4)\%$, что было ниже нормы в 0,74 раза ($P < 0,05$).

Заключение. Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным применение циклоферона в комплексе лечебных средств патогенетической терапии у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

УДК 616.24-036.12-007.272+616.12-005.4]-07

Т.А. Скиба, В.И. Сиротин, Е.С.Штыка

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТЧНОГО ИММУНИТЕТА
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В
АССОЦИАЦИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ**

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

T.A. Skiba, V.I. Sirotin, E.S. Shtyka
**DYNAMICS OF INDICATORS OF CELLULAR IMMUNITY IN
CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE IN THE ASSOCIATION
WITH OSTEOARTHRISIS DURING THE TREATMENT**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Частая коморбидность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и остеоартроза (ОА) обуславливает необходимость изучения основных звеньев патогенеза такого сочетания.

Цель: изучить изменения показателей клеточного иммунитета у больных ХОБЛ, ассоциированной с ОА.

Материалы и методы. Обследованы 54 пациента с обострением ХОБЛ клинической группы В, в т.ч. больных с обострением ХОБЛ, коморбидной с ОА в фазе нестойкой ремиссии 33 (основная группа), с ХОБЛ без коморбидности с ОА – 21 (группа сравнения). У всех обследованных определяли в крови количество Т-, В- лимфоцитов, в тесте с моноклональными антителами классов CD3+, CD4+, CD8+ и CD22+ при использовании метода проточной цитометрии до и после лечения.

Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы отмечалось достоверное снижение CD3+, CD4+-лимфоцитов при неизменных значениях CD8+-клеток, а также снижение иммунорегуляторного индекса в 1,8 раза, а по сравнению с аналогичным больных группы сравнения, - в 1,5 раза и содержанием CD22+-клеток в пределах нормы. После лечения у больных основной группы все показатели остались сниженными.

Заключение. Снижение показателей клеточного иммунитета у больных ХОБЛ, сочетанной с ОА, - основание для проведения иммунокоррекции.

УДК 616.98:578.828]-022.3“312”

Я.А. Соцкая, Е.В. Гриднева, В.В. Набокина
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
ГУ «Луганский Республиканский центр по борьбе и профилактике
СПИД», Луганск, ЛНР
Sotskaya@mail.ru

Ya.A. Sotckaya, E.V. Gridneva, V.V. Nabokina
**CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES
OF HIV-INFECTION AT PRESENT TIME**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR
*SI "Lugansk Republican Center for AIDS Control and Prevention",
Lugansk, LPR*

Актуальность. В настоящее время по последним данным официально в мире зарегистрировано более 78 млн. ВИЧ-инфицированных лиц и около 36 млн. лиц умерло от СПИДа. Количество лиц, проживающих в настоящее время с ВИЧ-инфекцией, составляет 36,7 млн. человек, из которых 70% живут в странах Африки. Ежегодно выявляются около 2 млн. новых случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией. Особое внимания обращает на себя то, что среди общего количества ВИЧ-позитивных лиц на молодежь приходится 40%. Число смертей от СПИДа в 2016г. снизилось на 45 % в сравнении с 2005 годом, но туберкулез остается основной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ.

Цель: показать клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в настоящее время.

Материалы и методы: проведен анализ мировых литературных данных за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение. Сегодня мы стали свидетелями быстрых и качественных изменений, включая ускоренное расширение охвата лечением – впервые более половины ВИЧ-инфицированных в мире получают антиретровирусное лечение. Научные исследования доказали, что раннее начало лечения дает двойную пользу – поддерживает здоровье людей с ВИЧ, а также предотвращает передачу вируса. Совместные усилия дают результаты – количество лиц, умерших от СПИД уменьшилось на половину от максимальной цифры 2005 г., наблюдается и мировая тенденция к снижению новых случаев ВИЧ-инфекции. Это результат сочетанного эффекта быстрого расширения лечения и существующих мер профилактики.

Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения в настоящее время лишь 70% людей с ВИЧ знают о своем статусе. Остальные 30%, или 7,5 миллиона человек, нуждаются в получении доступа к услугам ВИЧ-тестирования.

Распространенность ВИЧ среди взрослого населения в мире составляет 1,2%, в том числе в Африке - 8,4 %, Северной Америке - 0,6

%, Юная Америка – 0,5%, Западная Европа – 0,3%, Южная Азия – 0,6%, Восточная Европа – 0,5% (Россия – 0,72%, ЛНР – 0,34%).

В 2014 г. ЮНЕЙДС были приняты новые целевые показатели предупреждения распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа до 2020 г.: 90-90-90 и до 2030 г.: 95-95-95. Это означает, что если 90% ЛЖВ будут знать о своем ВИЧ-статусе, 90% из них получать АРТ и у 90% получающих АРТ будет неопределяемая вирусная нагрузка – это существенно снизит возможность передачи ВИЧ и дальнейшее распространение возбудителя. Сегодня в мире эти показатели составляют: 70-77-82, т.е. находятся на диспансерном учете 70% ВИЧ-инфицированных лиц, получают АРТ 77% лиц, имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки, что говорит об эффективности антиретровирусной терапии – 82%. Есть города лидеры, где практически достигнуты поставленные цели 90-90-90. Это гг. Амстердам, Нью Йорк и Лондон. В странах Восточной Европы и Центральной Азии эти показатели составляют 63-28-22, т.е. крайне недостаточно, чтобы достичь намеченных целей. Только каждый пятый из получающих АРТ имеет показатели эффективного лечения (неопределяемую вирусную нагрузку). Поэтому необходимо работать в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами, анализировать результаты, делиться опытом, знаниями и данными для скоординированных и целенаправленных действий по профилактике инфицирования ВИЧ. По состоянию на 01.07.2017 г. в Российской Федерации официально зарегистрировано более 1 млн.100 тыс. ВИЧ-инфицированных лиц. Из них умерло по разным причинам – более 250 тыс. человек. Состоит на диспансерном учете около 700 тыс. чел. Распространенность ВИЧ – 594,3 на 100 тыс. населения, в ЛНР - 174,6. Получают АРТ - около 300 тыс. чел. - 44,3% от числа состоящих на учете, в ЛНР – 57%. Ежегодно регистрируется около 100 тыс. новых случаев. ВИЧ-инфекции по территории России распространена неравномерно наибольшая распространенность регистрируется в Уральском (876,8), Сибирском (702,3) ФО, наименьшая – в Северо-Кавказском (70,4) и Дальневосточном (205,5). Распространенность ВИЧ-инфекции в Луганской Народной Республике – 164,6.

В 2016 г. показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РФ составил 70,6 на 100 тыс. населения. В ЛНР этот показатель равен 31,2 на 100 тыс. населения, почти как в Ростовской области – 36,8 или г. Санкт-Петербург - 37,8. В Российской Федерации ведущим путем передачи является парентеральный, но есть регионы, где на первом плане

половой путь инфицирования. У нас в Республике ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции с 2007 г. по-прежнему остается половой. Парентеральный путь передачи преобладает среди новых случаев инфицирования у мужчин (86,7%). Это очень неблагоприятный фактор, который в будущем может способствовать распространению ВИЧ - инфекции и росту заболеваемости.

Среди жителей России самая высокая заболеваемость регистрируется в возрасте 25-49 лет, т.е. наиболее трудоспособного и детородного возраста, как и на территории ЛНР.

Учитывая вышеизложенное, приоритетными направлениями дальнейшей работы по профилактике ВИЧ-инфекции являются:

- Организация и обучение вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди разных групп (общее население, уязвимые группы, специалисты здравоохранения, образования, работники производств и т.д.)

- Улучшение качества проведения послетестового консультирования как фактора формирования приверженности к лечению

- Создание условий для рождения здоровых детей ВИЧ-инфицированным женщинам и семьям, столкнувшимся с проблемой ВИЧ-инфекции/СПИДа (в т.ч. обследование половых партнеров беременных женщин с целью профилактики инфицирования ребенка);

- Предупреждение возникновения внутрибольничных случаев инфицирования ВИЧ;

- Активизация работы по качественному консультированию и раннему выявлению ВИЧ-инфицированных по инициативе медицинских работников

- Принятие мер по обеспечению антиретровирусной терапией ВИЧ/СПИД больных, которые в ней нуждаются.

- Усиление комплекса мероприятий по профилактике ВИЧ- ассоциированного туберкулеза.

Заключение. Благодаря современным достижениям науки и медицины сегодня у нас есть возможность сохранить жизни десятков тысяч людей. Для этого руководством Луганской Народной Республики решаются задачи по донесению достоверной информации о ВИЧ-инфекции, обеспечению своевременного и бесплатного обследования и лечения. Дальнейшая работа по актуальным вопросам ВИЧ-инфекции, в том числе профилактика инфицирования ВИЧ, будет способствовать формированию осознанного отношения жителей Республики к своему здоровью.

УДК 616.9-022(477.61)

Я. А. Соцкая, Н. И. Хомутянская, И. А. Кузовлева,
Н.В. Матаева, В.К. Шаповалова

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ЭНТЕРОВИРУСНОЙ (НЕПОЛИО) ИНФЕКЦИИ НА
ТЕРРИТОРИИ ЛНР В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2017 Г.**

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

Ya. A. Sotskaya, N. I. Khomutianskaya, I. A. Kuzovleva, N. V.
Mataeva, V.K. Shapovalova

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE
ENTERERUSIVE (NEPLIO) INFECTION ON THE TERRITORY OF
THE LUNGAN PEOPLE'S REPUBLIC IN THE EPIDEMIC SEASON 2017**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Актуальность проблемы энтеровирусной инфекции (ЭВИ) и ее эпидемиологическая значимость определяются высокой контагиозностью, многообразием серотипов энтеровирусов и широким распространением их в окружающей среде, возникновением вспышечной заболеваемости, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, отсутствием средств специфической терапии и профилактики.

Цель работы: изучение клинических и эпидемиологических особенностей ЭВИ на современном этапе в г. Луганске в период эпидемического сезона 2017 г.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 88 пациентов с ЭВИ (67 детей и 21 взрослых), госпитализированных для уточнения диагноза и лечения в инфекционные стационары ЛГМБ № 15, № 4 в период сезонного подъема заболеваемости с июня по сентябрь 2017 г.

Результаты и обсуждение. Заболевания ЭВИ ежемесячно регистрировались с постепенным нарастанием количества больных: июнь (первые случаи) - 2 ребенка; июль - 23 больных (16 детей, 7 взрослых), август - 49 (39 детей, 10 взрослых); сентябрь -14 (10 детей, 4 взрослых). Анализ возрастной структуры показывает, что 76,1 % всех случаев заболеваний ЭВИ зарегистрировано среди детей. Показатель заболеваемости детского населения в г. Луганске составил 111,4 случая на 100 тыс. детей (в 20 раз выше интенсивного показателя у взрослых). Наиболее вероятным ведущим путем инфицирования среди детей был воздушно-капельный. У взрослых чаще инфицирование было связано с купанием в открытых водоемах. В отдельных случаях не исключался

контактно-бытовой путь заражения в семейных очагах (от больного ребенка к взрослому). В клинической структуре ЭВИ регистрировались только «малые» формы заболевания в форме герпетической ангины, энтеровирусной экзантемы, острого гастроэнтерита. Характерная энтеровирусная экзантема наблюдалась преимущественно в сочетании с другими поражениями: экзантема с герпангиной (везикулярный стоматит) (56,7%), экзантема с тонзиллитом (28,3 %). Практически у всех пациентов определялись патогномоничные симптомы, позволяющие предполагать энтеровирусную этиологию заболевания: покраснение щек, инъекция сосудов склер, яркая гиперемия слизистой ротоглотки, зернистость твердого неба. Энтеровирусная экзантема проявлялась появлением полиморфной сыпи в виде пятен, папул, везикул диаметром до 3 мм, окруженных венчиком гиперемии, с локализацией в области кистей и стоп. Везикулярные высыпания часто располагались в области носогубного треугольника и на ягодицах. Общая длительность подсыпаний у всех обследованных больных продолжалась 3-5 дней. Длительность лихорадочного периода у большинства детей составила 2-3 суток. У 1 ребенка (1,4 %) наблюдались фебрильные судороги. В некоторых случаях у детей с экзантемой имели место проявления герпангины.

Заключение. Таким образом, в г. Луганске отмечается активизация эпидемического процесса энтеровирусной (неполио) инфекции в летне-осенний период 2017г. с преимущественным поражением детей до 6 лет, посещающих организованные детские коллективы. Выделено сочетание множественных клинических синдромов ЭВИ у детей.

УДК 616-056.3-055.1/2:575.1

К.А. Ступакова

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

К.А. Stupakova

ECHOCARDIOGRAPHIC SIGNS OF HEART DISEASE IN PATIENTS WITH GENETICALLY INDUCED METABOLIC SYNDROME

Donetsk National Medical University them. M. Gorky

Актуальность. Метаболический синдром (МС) в 2-4 раза увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Патогенез МС

представляется сложным и многоуровневым с множеством вовлеченных компонентов. В его развитии присутствует один из главных механизмов формирования – наследственный. Морфофункциональные изменения сердца являются одним из важных составляющих его вовлечения в общий патологический процесс при МС.

Цель исследования заключалась в анализе изменений сердца по результатам эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у больных генетически индуцированным МС.

Материалы и методы. Обследовано 145 больных МС, которым выполнено генетическое обследование. В зависимости от выявления/не выявления комплекса генов-кандидатов, пациенты были распределены в основную группу (70 человек) с позитивными тестами генотипирования и группу сравнения (75 человек) с отрицательными результатами. Критериями включения явились: полный/неполный МС, возраст от 18 до 60 лет; лица европеоидной расы; письменное информированное согласие больного на участие в исследовании. Методом ПЦР при помощи детектирующих амплификаторов «ДТ-96» и «ДТпрайм» (Россия) проведены генетические исследования полиморфизма генов ADD1 (альфа-аддуктина 1378 G>T), AGT (ангиотензиногена 704 T>C), AGT (ангиотензиногена 521 C>T), AGTR1 (рецептор 1-го типа для ангиотензина 2 1166 A>C), AGTR2 (рецептора 2-го типа для ангиотензина 2 1675 G>A), CYP11B2 (цитохрома 11b2, альдостеронсинтаза 344 C>T), GNB3 (бета 3 субъединицы G-белка) – гуанин-связывающий белок 825 C>T, NOS3 (синтазы окиси азота 786 T>C), NOS3 (синтазы окиси азота 894 G>T). Сонографию и доплерографию сонных артерий проводили из трансторакального доступа при помощи универсального сонографа «Sonoscape S22», фирмы «Sonoscape Co», Китай.

При анализе частоты ЭхоКГ признаков оказалось, что в основной группе и группе сравнения преобладающими патологическими изменениями были диастолическая дисфункция (ДД) левого желудочка (94,3 и 68,0% соответственно), гипертрофия задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) (68,6 и 4,0% соответственно) и межжелудочковой перегородки (МЖП) (20,0 и 13,3% соответственно), дилатация левого предсердия (55,7 и 36,7% соответственно). Таким образом, в основной группе частота диастолической дисфункции была на 26,8%, гипертрофии ЗСЛЖ на 24,6% и дилатация левого предсердия (на 19,0%) выше, чем в группе сравнения. К тому же, в основной группе статистически достоверно чаще (на 8,7%), чем в

группе сравнения встречались ЭхоКГ признаки утолщения и атеросклеротического поражения аорты. Гипертрофия МЖП хотя и встречалась менее часто (только у 20,0 и 13,3% соответственно), но имела также достоверные различия с группой сравнения (на 6,7%).

Выводы. Таким образом, доминирующими морфофункциональными признаками поражения сердца у больных МС с генетическим полиморфизмом явились ДД, гипертрофия ЗСЛЖ и МЖП, дилатация левого предсердия и признаки атеросклероза аорты. Данные признаки встречались в группе пациентов с генетически индуцированным вариантом МС достоверно чаще, чем у лиц без генетического полиморфизма. Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном варианте поражения сердца при генетически индуцированным МС, что, очевидно, требует разработку и раннее применение соответствующих направлений медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

УДК 616-056.52: 616.379-008.64

Д.А. Тильченко, Е.Ю. Бибик

АЛИМЕНТАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ПРЕДВЕСТНИК САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

tilchenko@ukr.net

D.A. Tilchenko, E.Yu. Bibik

ALIMENTARY OBESITY AS A PREDATOR OF DIABETES MELLITUS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается увеличение распространенности инсулиннезависимого сахарного диабета как в абсолютных, так и в относительных показателях. Так по данным ВОЗ, численность больных сахарным диабетом в мире выросла с 1980 по 2014 год от 108 млн. до 422 млн. человек. При этом уровень заболеваемости сахарным диабетом среди взрослого населения почти удвоился, увеличившись с 4,7% до 8,5%.

Цель - проанализировать мировые литературные данные для выявления патогенетической связи между ожирением и СД.

Результаты и обсуждение. По прогностическим предположениям эндокринологов, к 2030 году произойдет двукратное увеличение количества больных сахарным диабетом по отношению к 2010 году. Согласно последним исследованиям, установлена четкая связь между ожирением и сахарным диабетом 2 типа. И эта связь не только статис-

тическая. Так, в литературе есть данные о том, что в экспериментах на лабораторных мышках установлен вероятный механизм развития сахарного диабета 2 типа. Было обнаружено, что у этих животных продуцируемый поджелудочной железой и высвобождаемый в кровь инсулин не может пройти через клетки, которые выстилают внутреннюю оболочку кровеносных сосудов. В результате нарушается доставка инсулина к клеткам-мишеням. Соответственно уровень глюкозы в крови повышается, что приводит к сахарному диабету и связанными с ним сердечно-сосудистым заболеваниям.

Заключение. Таким образом, увеличение распространенности сахарного диабета 2 типа напрямую связано с прогрессирующим ростом уровня заболеваемости алиментарным ожирением, как одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний. При этом важно отметить, что на долю алиментарного (первичного) ожирения приходится до 97% всех форм увеличения массы тела. Следовательно, при разработке перспективных лекарственных средств и методов профилактики сахарного диабета, необходимо учитывать прямую связь между этими двумя заболеваниями.

УДК 591.433:(615.277.3+615.35)

С. Н. Федченко

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА КРЫС В УСЛОВИЯХ СМОДЕЛИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

S. N. Fedchenko

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE RATS STOMACH IN A MODEL PATHOLOGY WITH CHEMICAL ETIOLOGU

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Учитывая, что ежегодно появляются новые, доселе неизвестные формы заболеваний — так называемые экологические, приводящие в ряде регионов к нарастанию явлений депопуляции. Острота проблемы усугубляется тем, что наряду с этим, человека постоянно сопровождает «эндотоксиновая агрессия» как универсальный фактор патогенеза многочисленных заболеваний.

Цель — изучить морфологические изменения эндокриноцитов желудка при развитии гастропатий, вызванных хронической интоксикацией парами толуола и характер тканевой реорганизации желудка.

Материал и методы. Исследование проведено на 48 крысах линии Вистар с исходной массой 150-180г. Животные в специальных затравочных камерах подвергались воздействию паров толуола (одного из компонентов эпоксидных смол) на заданном уровне в течение 4 часов в день по 5 дней в неделю на протяжении 60 дней, в концентрации 10 ПДК. Все животные были разделены на 4 группы (по 6 в каждой). Полимеризацию и заливку в смесь эпон-аралдит производили по общепринятой методике. Количественный морфометрический анализ каждого гистологического препарата проводился по 6 полям зрения стандартной площади на аппаратно-программном комплексе. Для морфологических исследований было выбрано увеличение 16 000, позволяющее охватить наибольшую площадь исследуемой клетки и, в то же время, отчетливо идентифицировать форму и размеры ее секреторных гранул.

Результаты. Проведенные электронно-микроскопические исследования выявили многочисленность общей популяции апудоцитов, чаще всего встречаются ЕС- и ECL- в фундальном отделе а G- клетки в пилорическом отделе СОЖ. При исследовании на 1, 7 сутки в ЕС-клетках наблюдалась разная степень ультраструктурных нарушений. В клетках с выраженными повреждениями обращало внимание значительное расширение цистерн гранулярной эндоплазматической сети и пластинчатого комплекса, появление просветленных, увеличенных в размерах митохондрий с частично поврежденными кристами и как результат вакуолизация цитоплазмы. Сегрегация ядрышек относится к наиболее ранним этапам их изменений, фрагментация и кольцевидность представляют собой ультраструктурные проявления более выраженных нарушений процессов транскрипции и процессинга рРНК. Наиболее ярко это проявляется в деструкции энергопродуцирующих и биосинтетических аппаратов.

Заключение Таким образом перестройка эндокриноцитов происходила не вследствие прямого действия на эндокринные клетки, а в результате деструктивных изменений в эпителии, и направлена была на регуляцию местного гомеостаза с целью регенерации поврежденных воздействием ксенобиотиков структур.

УДК 616.36-002-003.826-07:616.322

А.В. Хабарова, Я.А. Соцкая

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА
У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ,
ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ**

A.V. Khabarova, Ya. A. Sotckaya

**DYNAMICS OF INDICATORS OF METABOLISM OF ENERGY
IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AFTER
INFECTIOUS MONONUCLEOSIS**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Современная практика показывает, что неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) по своей распространенности в настоящее время уступает только гепатитам вирусного происхождения. Нередко провоцирует обострение воспалительного процесса в паренхиме печени возникновение манифестированного инфекционного мононуклеоза (ИМ). Известно, что немаловажное значение в лабораторной диагностике заболеваний печени имеет определение активности ферментов. Помимо традиционных показателей острой фазы воспаления и цитолиза гепатоцитов, дополнительное диагностическое значение имеют также показатели энергетического метаболизма, а именно - лактатдегидрогеназа (ЛДГ). Данные современной литературы свидетельствуют, что повышение активности ЛДГ плазмы относительно верхнего предела нормы в 5-10 раз нередко встречается при ИМ.

Цель работы: на основании специального биохимического исследования больных с НАСГ на фоне перенесенного ИМ разработать и обосновать оптимальный метод коррекции дисбаланса маркеров тканевой деструкции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 68 пациентов в возрасте от 18 до 46 лет с НАСГ, перенесших ИМ в анамнезе. Для оценки энергетического метаболизма мы изучали показатели активности фермента лактатдегидрогеназы (ЛДГ_{общ}, мкмоль/л* час) с подробным исследованием концентрации его фракций (ЛДГ₁₊₂, ЛДГ₃, ЛДГ₄₊₅ в %). В качестве лечения использовали комбинацию препаратов: современный гепатопротектор фосфоглив и эубиотик биоспорин.

Результаты и обсуждение. До лечения было отмечено повышение общей активности ЛДГ у подавляющего большинства больных с НАСГ, перенесших ИМ. Рост общей активности ЛДГ происходил, преимущественно, за счет снижения концентрации "аэробных" фракций ЛДГ₁₊₂ и повышения "анаэробных" - ЛДГ₄₊₅, то есть, так называемых, "печеночных фракций". После же проведения лечения с помощью комбинации препаратов, состоящей

из фосфоглива и биоспорина, мы отмечали понижение общей активности ЛДГ и нормализацию ее изоферментного спектра. Так, общая активность ЛДГ существенно снизилась и, практически, соответствовала норме. Концентрация ЛДГ₄₊₅ заметно снизилась относительно исходного значения, а уровень ЛДГ₁₊₂ увеличился, что соответствовало нормальным значениям.

Заключение. Следовательно, изменения со стороны активности ЛДГ у пациентов с НАСГ, перенесших ИМ до начала лечения указывали на активацию анаэробного гликолиза. Включение в комплекс лечения комбинации препаратов, состоящей из гепатопротектора фосфоглива и эубиотика биоспорина, способствует нормализации изоферментной активности, что подтверждает угнетение процесса тканевой деструкции. Таким образом, допустимо считать данную комбинацию препаратов патогенетически обоснованной и целесообразной.

УДК 616.98:578.88]-07-084(477.61)

Н.И. Хомустьянская, Е.В. Гриднева, Я.А. Соцкая, В.В. Набокина
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ
ВИЧ - ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, ЛНР
ГУ «Луганский Республиканский центр по борьбе и профилактике
СПИД», Луганск, ЛНР
Sotskaya@mail.ru

N.I. Homutyanskaya, E.V. Gridneva, Ya.A. Sotckaya, V.V. Nabokina
OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND PROPHYLAXIS
OF HIV INFECTION ON THE TERRITORY OF LUGANSK
PEOPLE'S REPUBLIC

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR
SI "Lugansk Republican Center for AIDS Control and Prevention",
Lugansk, LPR

Цель исследования - изучение особенностей распространения ВИЧ-инфекции, выявление территорий и групп риска заболевания для формирования эффективных программ по оптимизации диагностики ВИЧ/СПИДа и мер профилактики

Материалы и методы. Оперативный анализ статистических данных о выявленных случаях ВИЧ-инфекции за 2016 г. и 9 меся-

цев 2017 г. Изучение результатов сероэпидемиологического мониторинга за 9 мес. 2017 г., поиск научных публикаций.

Результаты и обсуждение. За 9 мес. 2017 г. в сравнении с аналогичным периодом 2016 г. на территории ЛНР отмечается снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 2,17% (показатель на 100 тыс. населения составляет 22,5 против 23,0). Снижение показателя заболеваемости связано с проведением комплекса профилактических мероприятий, восстановлением плановой профилактической, диагностической и лечебной деятельности среди населения Республики, активизацией работы медицинских работников. Но в 7 регионах в текущем году заболеваемость ВИЧ-инфекцией выросла: гг. Брянка, Кировск, Алчевск, Красный Луч, Первомайск, Свердловск, Стаханов. Высокие показатели заболеваемости, превышающие среднереспубликанский (22,5), зарегистрированы в гг. Стаханов -57,5; Брянка -32,9; Первомайск -24,4; Лутугинском -29,1и Перевальском -26,5 районах. Показатель заболеваемости в районах превышает показатель среди городского населения на 26,1% и составляет 26,5 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость СПИДом снизилась на 16,39% (10,2 против 12,2). В ряде регионов этот показатель превышает среднереспубликанский: гг. Стаханов - 20,3. Брянка - 15,5, Красный Луч - 12,6, Красnodон - 13,2, Первомайск - 12,2, Перевальский - 16,2 и Лутугинский -13,8 районы. Смертность от СПИДа находится на прежнем уровне с аналогичным периодом 2016 г. и составила 3,5 на 100 тыс. населения. Тенденции числа смертей от СПИДа повторяют тенденции количества заболеваний СПИДом и в основном зависят от охвата медицинскими услугами, связанными с ВИЧ-инфекцией, прежде всего, антиретровирусным лечением, степени приверженности и наличия качественного социального сопровождения. Основной причиной смерти больных СПИДом является туберкулез, который составляет 51,9% от общего количества умерших от СПИДа.

Основные причины высокой смертности: сложные социально-экономические условия (безработица, миграция); несвоевременное обращение за медицинской помощью; позднее выявление больных; уклонение от медицинского наблюдения и отказ от антиретровирусного лечения; недооценка своего состояния здоровья и даже безразличное отношение к своему здоровью.

В связи с изменениями социальных условий на территории Донбасса в целом, обусловленных военными действиями с 2014г.,

объективно оценить показатели пораженности населения ВИЧ-инфекцией в ЛНР крайне затруднительно. Современное состояние развития эпидемии ВИЧ-инфекции характеризуется высокой активностью скрытого компонента эпидпроцесса, который формируется за счет не выявленных больных ВИЧ-инфекцией. По данным серозидмониторинга более 30% ВИЧ-позитивных лиц остаются вне медицинского наблюдения по разным причинам и являются источником инфекции для других людей.

На территории ЛНР ВИЧ-инфекция распространяется неравномерно. Есть регионы, где показатель распространенности ВИЧ-инфекции значительно превышает средний по региону (174,6): Стаханов -251,6; Лутугинский район -242,2; Брянка -226,6; Перевальский район-213,6; Краснодон -209,1; Свердловск - 190,9, требующие детального изучения эпидситуации, оптимизации ранней диагностики и профилактики ВИЧ- инфекции.

Большинство ВИЧ -инфицированных, выявленных в 2017 году, составили лица в возрасте 25-49 лет (70,7%), из них мужчин - 61,1%, женщин - 38,9%(соотношение 1,5 :1). Удельный вес ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 15-24 лет снизился и составил 4,5% против 8,4% за аналогичный период 2016 г. В тоже время растет заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди лиц старше 50 лет (11,7% против 5,8%), что связано с поздним обращением за медицинской помощью и несвоевременным их выявлением.

Ведущую роль в распространении ВИЧ-инфекции по-прежнему играет половой (гетеросексуальный) путь передачи. За 9 месяцев 2017 г. процент лиц, инфицированных половым путем, составил 68,3%. Парентеральный путь инфицирования составил 17,9%. Отмечается рост удельного веса передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку - он составил 13,2 % против 10,4% в 2016г. Таким образом, за счет преваляирования полового пути инфицирования ВИЧ, масштабы эпидемии продолжают распространяться среди общего населения, поражая в основном молодёжь и лиц детородного и работоспособного возраста.

Настораживает факт роста доли впервые выявленных ВИЧ-позитивных беременных по результатам первичного тестирования (код 109.1).В текущем году, этот показательсоставил 39 случаев в расчете на 10 тыс. обследованных против 37 случаев за аналогичный период 2016 году. При анализе показателя инфицированности среди беременных в регионах ЛНР отмечается его колебание в значительных

пределах – от 0% до 2,65%. Высокий уровень распространенности ВИЧ среди беременных женщин прогнозирует интенсивное развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди общего населения.

Важную роль в ранней диагностике ВИЧ-инфекции играет оптимизация структуры скрининга с учетом эпидемиологической ситуации в каждом регионе. По данным сероэпидемиологического мониторинга за 9 мес. 2017 г. проведено 73718 исследований на наличие антител к ВИЧ, в том числе с помощью быстрых тестов 1021 (1,39%). Выявлено с положительным результатом 456 чел. Показатель пораженности составляет – 0,62%. При этом высокий уровень инфицированности ВИЧ отмечается при обследовании: лиц, имеющих половые (гетеро, гомо) контакты с ВИЧ-инфицированными (13,57%); находящихся в местах лишения свободы (3,65%); употребляющих наркотики инъекционным путем (3,25%), обследованных анонимно (3,78%); обследованных по клиническим показаниям (1,0%); с симптомами или больные ЗППП (1,03%); с рискованным половым поведением (0,79%); беременные (0,39%). Как видно из приведенных данных, целевые обследования на ВИЧ среди групп повышенного риска, или в которых данная инфекция широко распространена, являются первым этапом диагностики. Увеличение охвата тестированием населения на ВИЧ, в том числе экспресс-методом, позволяет выявлению инфекции на ранних стадиях и проведению эффективных противоэпидемических мероприятий по пресечению распространения крайне опасного заболевания.

Выводы. В 2017 году на территории ЛНР отмечено снижение заболеваемости ВИЧ - инфекцией на 2,17%, СПИДом на 16,39 % в сравнении с идентичным периодом предыдущего года. Однако, учитывая сохраняющееся у части населения рискованное половое поведение, сопровождающееся беспорядочными незащищенными половыми контактами и контактами с партнерами, практикующими беспорядочный секс; укоренившиеся привычки среди молодежи применение инъекционных наркотиков, прогноз развития эпидситуации по ВИЧ-инфекции в регионе является неблагоприятным. Для снижения числа новых случаев заражения необходимо разработать стратегическую программу по профилактике ВИЧ-инфекции, включающую: расширение охвата населения тестированием с конкретными показателями в каждом городе, районе; увеличение количества случаев ВИЧ-инфекции, выявленных на ранних стадиях (оптимизация диагностики); снизить риск вертикальной передачи ВИЧ до менее чем 2%; повысить доступность

антиретровирусных препаратов, увеличить охват антиретровирусной терапией; улучшить работу по информированию населения по вопросам ВИЧ с активным участием общественных организаций.

УДК 616.36-002-08+616-056.52-08

И.А. Шаповалова

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

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

I. A. Shapovalova

DYNAMICS OF INDICATORS OF LIPID PEROXIDATION AND ANTIOXIDANT DEFENSE SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC TOXIC HEPATITIS, COMBINED WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS ON THE BACKGROUND OF OBESITY

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. В настоящее время возникновение хронического токсического гепатита (ХТГ) обусловлено широким распространением консервантов и красителей в пищевой промышленности, а также частым употреблением лекарственных средств. Общими патогенетическими особенностями развития и прогрессирования хронических заболеваний ГБС, в частности ХТГ и хронического некалькулезного холецистита (ХНХ), является активация процессов липопероксидации на фоне угнетения функциональных возможностей системы антиоксидантной защиты (АОЗ), что приводит к развитию оксидативного стресса.

Цель работы: изучение состояния процесса липопероксидации и активности ферментов системы АОЗ у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ожирения при применении общепринятой терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 больных ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ожирения, что находились на обследовании и лечении в специализированном гастроэнтерологическом стационаре. Помимо рутинных методов, специальное биохимическое исследование включало изучение содержания продуктов ПОЛ - промежуточных - диеновых конъюгат (ДК) и конечного - малонового диальдегида (МДА). Больные с ХТГ,

сочетанным с ХНХ на фоне ожирения получали общепринятую терапию согласно стандартизированных протоколов диагностики и лечения болезней органов пищеварения.

Результаты и обсуждение. До начала лечения у обследованных пациентов с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ожирения отмечено повышение концентрации продуктов ПОЛ в крови, что свидетельствует об активации процессов липопероксидации. Относительно системы АОЗ, до начала лечения наблюдалось снижение активности супероксиддисмутазы (СОД) у всех больных с данным диагнозом наряду с разнонаправленными сдвигами активности каталазы (КТ). После завершения общепринятого лечения, которое имеет определенное положительное влияние на показатели липопероксидации и активность ферментов системы АОЗ, несмотря на некоторую положительную динамику, изученные показатели все же не достигали значений нормы, то есть сохранялись вероятные нарушения со стороны метаболического гомеостаза.

Заключение. Применение только общепринятых средств при лечении больных ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ожирения, не обеспечивает полную нормализацию изученных показателей состояния липопероксидации и активности ферментов системы АОЗ, что требует определенной коррекции терапевтического подхода и включения современных антиоксидантных препаратов в комплекс лечения с целью восстановления метаболического гомеостаза у таких пациентов.

УДК 313:613,6:616

М.М. Шутов, И.А. Ладыш

ЦЕННОСТЬ ТРУДА И ЗДОРОВЬЯ В РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
ДНР, Донецк, ДНР*

ГОУ ЛНР «Луганский национальный аграрный университет», г. Луганск, ЛНР

shutoff.misha2016@ya.ru , irina-ladysh@yandex.ru

M. M. Shutov, I. A. Ladish

THE VALUE OF WORK AND HEALTH IN HUMAN DEVELOPMENT

Donetsk national medical University. them. M. Gorky, Donetsk, DNR.

GOU LC Lugansk national agrarian University, Lugansk, LNR

Актуальность. При рассмотрении социальной сущности труда необходимо исходить из следующих положений. Во-первых, труд прежде всего процесс, совершающийся между человеком и

природой, процесс, в котором человек своей собственной деятельностью опосредствует, регулирует и контролирует обмен между собой и природой. Во-вторых, нужно учитывать, что человек, воздействуя на природу, используя и изменяя ее в целях создания потребительных стоимостей, необходимых для удовлетворения своих материальных и духовных потребностей, не только создает материальные (пища, одежда, жилище) и духовные блага (искусство, литература, наука), но и изменяет (улучшает или ухудшает) свое собственное здоровье, данное ему природой.

Цель работы. Здоровье является основой трудовой деятельности человека. В процессе труда у человека расширился круг восприятий и представлений, его трудовые действия постепенно стали носить все более созидательный характер. Таким образом, понятие «труд» не только экономическая, но и социологическая категория, имеющая определяющее значение в характеристике общества в целом и отдельных его индивидов.

Результаты и обсуждение. Рассматривая структуру процесса труда по своим функциям выделяются два компонента – цель и удовлетворенность трудом. Цель выполняет интегрирующую роль: стимулы, мотивы и ценности, если они осознаются индивидом, становятся целью труда. *Удовлетворенность* – эмоционально окрашенное состояние сбалансированности между претензиями (запросами, потребностями) и оценкой степени их реализации. Чем выше потребность, тем сложнее их удовлетворить. Удовлетворенность, как и цель, выполняет интегрирующую функцию: для стимулов, мотивов и ценностей она служит сигналом о том, что с достижением потребностей не все обстоит благополучно. Любая из потребностей может породить многообразие различных интересов. Например, потребность в знаниях может сформировать у работников интерес к повышению своего профессионального мастерства, к поиску творческой, разнообразной и содержательной работы, требующей постоянного расширения своего профессионального багажа; интерес к чтению специальной литературы, обобщающей и освещающей передовой опыт; потребность в длительной трудовой деятельности формирует интерес к сохранению здоровья через здоровый образ жизни и т.д. Таким образом, потребности и интересы характеризуют внутреннюю обусловленность трудового поведения. В различных условиях жизнедеятельности у разных социально-демографических, профессионально-квалификационных

и других социальных групп работников разная структура и направленность потребностей и интересов. Трудовое поведение оказывают влияние различные составляющие. Структура мотивов очень гибкая и постоянно меняется (выравнивается). Основой для таких изменений выступает в процессе трудовой деятельности удовлетворенность различными сторонами производственной ситуации. Чем благоприятнее воспринимает работник все элементы ситуации, тем более выровнена структура мотивов трудового поведения. Знание динамики мотивации труда - это условие обязательных требований к работнику и правильных ожиданий от него правильного и своевременного выбора методов стимулирования. Процесс стимулирования интересов отдельного работника или группы людей к действиям, приводящим к осуществлению целей организации, идет через стремление к поддержанию трудоспособности или здоровья.

Заключение. Как бы мы не стремились отрицать, здоровье является основой трудовой деятельности человека. В процессе труда у человека расширился круг восприятий и представлений, его трудовые действия постепенно стали носить все более созидательный характер. Таким образом, понятие «труд» не только экономическая, но и социологическая категория, имеющая определяющее значение в характеристике общества в целом и отдельных его индивидов. Занимая активную общественную позицию, нужно указать, что на современном этапе социальная политика государства должна базироваться на реализации экономических идей в элементах стратегии формирования здравоохранения, а главная из них направлена на сохранение здоровья здоровых и работающих людей.

УДК 616.36-002-022-08: 616.366-002.1

С. Е. Якимович, Я. А. Соцкая
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ РЕМАКСОЛА И ГЕПАТОСАНА В ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ
В НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО
ХОЛЕЦИСТИТА**

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

S. E. Yakimovich, Ya. A. Sotskaya
**EFFICIENCY OF COMBINATION OF MODERN
PREPARATIONS REMAXOL AND HEPATOSANE IN**

TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS IN THE BACKGROUND OF CHRONIC NON-CALCULUS CHOLECYSTITIS

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. По данным ВОЗ показатель заболеваемости хроническим вирусным гепатитом В неуклонно растет, в том числе и впервые выявленными хроническими формами вирусного гепатита В. Довольно значимой проблемой современной гепатологии служит рост частоты хронических форм вирусного гепатита В в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом, при этом течение каждой из этих болезней может взаимоотноагостаться.

Цель работы: оценка эффективности применения комбинации гепатосана и ремаксола у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита и их влияние на состояние показателей макрофагальной фагоцитарной системы.

Материалы и методы. Нами обследовано 67 больных ХВГВ на фоне ХНХ в возрасте от 30 до 50 лет. Дополнительное иммунологическое обследование включало определение фагоцитирующей активности макрофагов осуществляли оригинальным чашечным методом; при этом в качестве тест-объекта использовали живую суточную культуру *Staph. aureus*, штамм 505, который был получен из Института Пастера (СПб).

Результаты и их обсуждение. При оценке ФАМ у больных ХВГВ на фоне ХНХ до начала комплекса терапии были выявлены существенные нарушения со стороны системы фагоцитирующих макрофагов, проявляющиеся снижением индексов ФАМ, в особенности того показателя, характеризующего фазу переваривания. Анализируя ФАМ на момент завершения курса терапии с включением комбинации предложенных препаратов, было установлено, что происходит оптимизация показателей функциональной активности МФС, а в клиническом плане – способствует достижению стойкой ремиссии основного заболевания.

Заключение. Считаю патогенетически обоснованным включение в комплекс терапии больных хроническим вирусным гепатитом В в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом комбинации современных препаратов ремаксол и гепатосан, так как у большей части больных происходит нормализация изученных показателей системы фагоцитирующих макрофагов в сыворотке крови.

УДК 616.8-108:616.248

С.В. Ярцева, Г.П. Победенная, Р.С. Куликова, Н.Г. Блудова,
О.С. Резникова

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С
ОЖИРЕНИЕМ**

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

S.V.Yartseva,G.P.Pobedennaya,R.S.Kulikova, N.G.Bludova,
O.S.Reznikova

**FEATURES OF PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF PATIENTS
WITH BRONCHIAL ASTHMA, COMBINED WITH OBESITY**

SAINT LUKA LSMU, Lugansk, LPR

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и ожирение, несмотря на появление и разработку новых современных методов в диагностике и лечении этих распространённых в терапии заболеваний, по-прежнему, остаются актуальными проблемами в современной медицине и терапии, и имеют высокую социальную и экономическую значимость.

Цель: изучить особенности состояния психо-эмоционального статуса и качества жизни пациентов с бронхиальной астмой (БА), и БА, сочетанной с ожирением

Материалы и методы. Обследовано 57 больных в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести и персистирующей тяжелой БА в возрасте 32-57 лет, из них 18 мужчин и 39 женщины. Обследование включало общеклинические исследования, оценку антропометрических показателей с вычислением ИМТ, измерением окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), и их отношения (ОТ/ОБ) для косвенной оценки массы внутриабдоминальной жировой ткани. Также производилась оценка психоэмоционального статуса (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) и качества жизни (опросник SF 36). Были сформированы 2 группы наблюдения. В 1-ую группу вошли 27 пациенты с БА и нормальной массой тела, во 2-ю группу 30 человек с БА и ожирением I-II степени (ИМТ - 30-39,9 кг/м²).

Результаты и обсуждение. У пациентов I группы ИМТ, в среднем составил 23,2±0,8 кг/м², что было выше контрольной группы на 6%. Существенной разницы в ОТ у пациентов I группы в сравнении со здоровыми лицами не определялось, однако, ОБ у них составил 103±3

см и был достоверно меньше чем у здоровых. Это привело к увеличению показателя ОТ/ОБ пациентов I группы на 5,8% относительно контрольной группы. Несмотря на то, что ИМТ пациентов I группы оставался в пределах общепринятой нормы, у них была отмечена тенденция к увеличению массы тела относительно практически здоровых лиц. У пациентов II группы показатель ИМТ составил $32,7 \pm 1,4$ кг/м², что было достоверно выше показателей в I группе. Величина ОТ пациентов II группы – $100,7 \pm 2,6$ см, что превышало на 27,4% показатель ОТ в I группе. При измерении ОБ у пациентов I группы данный показатель составил 103 ± 3 см, II группы $117 \pm 3,4$ см, что в среднем на 13,6% больше, чем в I группе. Увеличение ОТ и ОБ у пациентов II группы в сравнении с пациентами I группы отмечалось и на достоверном увеличении у них показателя ОТ/ОБ в 1,2 раза. По результатам анкетирования по шкалам HADS в I группе было отмечено повышение уровня тревоги у 55,5% пациентов, из которых у 80% больных отмечались субклинические ее проявления, у 20% тревога была клинически выраженная; среди пациентов II группы у 67% отмечалась тревожность, причем клинически выраженная у 40%. Повышение уровня депрессии выявлено у 37% пациентов I группы и 50% – II группы, из них, соответственно 85% и 73% субклиническая, 15% и 27% клинически выраженная. При сравнении результатов оценки качества жизни между группами наиболее значимые различия были отмечены в отношении шкал ограничения жизнедеятельности в 1,6 раза, социальной активности и общего здоровья в 1,37 и 1,48 раза, соответственно. У больных II группы они были значимо хуже, чем у пациентов I группы.

Заключение. Более высокая частота тревожных и депрессивных расстройств, а соответственно и снижение качество жизни отмечалось у больных БА, сочетанной с ожирением, что в рамках комплексного подхода к лечению дает основания необходимости коррекции данных нарушений.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ**«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов.**

1. К публикации в сборнике принимаются рукописи, содержащие результаты оригинальных биологических, медицинских, фармацевтических исследований, лекции, обзоры литературы, клинические наблюдения, научную информацию, рецензии и другие материалы, которые ранее не были опубликованы.

2. Язык публикации - русский, украинский, английский.

3. Статья печатается в формате А4 (поля: левое - 3 см, правое - 1,5 см, верхнее и нижнее - по 2 см) через 1,5 интервала в текстовом редакторе Word for Windows без ручных переносов шрифтом Times New Roman Cyr 14. Обязательно следует указывать почтовый адрес, телефон, желательно адрес электронной почты того, с которым будет вестись переписка.

4. Каждая статья в начале должна нести следующую информацию: индекс УДК, название без использования аббревиатур, инициалы и фамилии авторов, учреждение, где выполнялась работа.

5. Текст оригинальных исследований имеет следующие разделы: введение, цель, материалы и методы исследования, полученные результаты и их обсуждение, выводы.

6. Обязательно указывается связь работы с научными планами, программами, темами.

7. В конце публикуются резюме и ключевые слова (3-5 слов или словосочетаний) на трех языках (украинском, русском и английском). Каждое резюме должно иметь объем до 200 слов и содержать фамилии авторов, название работы, освещать цель исследования, методы, результаты и выводы.

8. Материал может иллюстрироваться таблицами (желательно не массивные), рисунками, диаграммами, микрофото и др. Иллюстрации приводятся после их первого упоминания.

9. Выводы имеют перспективы дальнейших исследований.

10. Список литературы оригинальных работ должен быть объемом 10-20 источников (не менее 2-х лагинецей), обзоров, лекций - 40 источников. Расположение источников - по алфавиту или по упоминания в тексте. Ссылка на библиографические источники в тексте даются в квадратных скобках. Сначала приводятся работы на украинском и русском языках, затем - иностранными в оригинальной транскрипции. Оформление перечня литературы проводится в соответствии с требованиями Государственного стандарта 2006 года (бюл.ВАК 2008, № 3).

11. Сведения о авторах (приводятся на русском и английском языках):

- Фамилия, имя, отчество автора (авторов) полностью,
- Место работы каждого автора,
- контактная информация (e-mail) для каждого автора.

«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов. - Луганск, 2017. - Выпуск 6 (144). - 180 с.

П $\frac{21 - 48}{03}$ Без об'яви

УДК 575.8:573.2:612.112.95

Адрес редакции: Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», кв. 50-летия Обороны Луганска, 1 г, г. Луганск, 91045.

Editorial address: LGMU, 50-let Oborony Luganska, 1, Lugansk, 91045

Сайт издания: <http://ecoproblemlug.ucoz.ua/>

Главный редактор:

доктор мед. наук, профессор Я.А. Соцкая

Контактный телефон: 050-98-20-895

Ответственный секретарь выпуска:

канд. мед. наук Ю.В. Сидоренко

Контактный телефон: 050-233-07-39

Электронный адрес: siderman@ukr.net

Подписано к печати 05.12.2017.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Book Antiqua.

Печать *RISO*. Условн. печатн. листов 18.

Тираж 100 экз. Заказ 72.

Цена договорная.