

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский
университет»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Материалы научно-практической конференции,
посвященной 220-летию учреждения здравоохранения
«2-я городская клиническая больница»

26 сентября 2019

Минск 2019

УДК: 61+614.2

ББК 51

А 43

Под общей редакцией главного врача
УЗ «2-я городская клиническая больница»
Прусевича С.Н.

Редакционный совет:

Клюйко Д.А., к.м.н., доцент, начальник кафедры ВПХ БГМУ
Жидков С.А., д.м.н., профессор кафедры ВПХ БГМУ
Штонда М.В., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапии
БелМАПО
Семенов И.И., к.м.н., доцент кафедры терапии БелМАПО
Маковская А.А., к.м.н., зам.гл.врача по медицинской части УЗ «2ГКБ»

Рецензенты:

Алексеев С.А., д.м.н., профессор, зав. кафедры общей хирургии БГМУ
Богдан В.Г., д.м.н., профессор, начальник военно-медицинского
факультета БГМУ
Корик В.Е., д.м.н., профессор кафедры ВПХ БГМУ
Булгак А.Г., д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории
неотложной и интервенционной кардиологии РНПЦ «Кардиология»,
член-корреспондент НАН Беларуси

**Актуальные вопросы современной медицинской науки и организации
здравоохранения.**

Материалы научно-практической конференции, посвященной 220-летию
учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая больница» г.Минска 2019. –
с.383

Ответственность за содержание тезисов и допущенные ошибки несут авторы
публикаций.

ISBN 978-985-21-0409-8

В сборнике представлены материалы научно-практической конференции,
посвященной 220-летию учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая
больница» г.Минска. Рассмотрены вопросы современных методов диагностики, лечения,
профилактики заболеваний, новых направлений медицины.

Сборник предназначен для терапевтов, хирургов, кардиологов, врачей общей
практики.

УДК: 61+614.2

ББК 51

ISBN 978-985-21-0409-8

© УЗ «2-я городская клиническая больница», 2019

© Оформление УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2019

ISBN 978-985-21-0409-8



9 789852 104098

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1 «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ»	15
РЕЦЕПТ ЛУЧШЕЙ И СТАРЕЙШЕЙ КЛИНИКИ МИНСКА: ИННОВАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ + БЕССМЕРТНАЯ КЛАССИКА ТРАДИЦИЙ	
<i>КУЛЬПАНОВИЧ О.А.</i>	16
ИВАН УСТИНОВИЧ ЗДАНОВИЧ: ВРАЧ-НОВАТОР, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ	
<i>СЫСОЕВА В.Л.</i>	21
РАЗДЕЛ 2 «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».....	24
ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	
<i>ВОЙТОВИЧ В.М., МАРШАЛОВА-МИХАЛКОВА С.А.</i>	25
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 7-Я ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА	
<i>ДЕЧКО С.В.</i>	28
ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ОДИН ИЗ ЭФФЕКТИВНЫХ СТИМУЛОВ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	
<i>ДОВНАР Р.И.</i>	31
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ УЗ «2-я ГКБ»	
<i>МАКОВСКАЯ А.А.</i>	34
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ	
<i>МАРШАЛОВА-МИХАЛКОВА С.А., ВОЙТОВИЧ В.М.</i>	38
РАЗДЕЛ 3 «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»	41
ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА	
<i>АЛЕКСЕЙЧИК Д.С., ВАШКОВА Д.Н., ШЕРШЕНЬ Л.Л.</i>	42
ПРОГНОЗ И РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	
<i>АЛЕКСЕЙЧИК С.Е., ПОЧТАВЦЕВ А.Ю., КОРОЛЕНКО Г.Г., САНКОВИЧ Е.В., БЫЛЬ В.М., КОРОЛЁВА И.И.</i>	46

АНАЛИЗ ВЕРОЯТНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST <i>АЛЕКСЕЙЧИК С.Е., ГОНЧАРИК Т.А., САНКОВИЧ Е.В., МАЗУР В.В., ВАРАВА Н.К.</i>	49
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ <i>АТРОЩЕНКО И.Е., ВОРОБЬЕВА Е.П., БАНЬКОВА Е.М., СУХИХ Ж.Л., ЗАБЛОЦКАЯ О.В.</i>	53
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ТЕЛМИСАРТАНОМ <i>АТРОЩЕНКО И.Е., ВОРОБЬЕВА Е.П., БАНЬКОВА Е.М., ДЕГТЕРЕВА О.В., ЗАБЛОЦКАЯ О.В., СЕМЕНЯКО С.В.</i>	56
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АМЕРИКАНСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЕВРОПЕ И КАНАДЕ <i>АТРОЩЕНКО И.Е., АТРОЩЕНКО Е.С., ВОРОБЬЕВА Е.П., БАНЬКОВА Е.М., ДЕГТЕРЕВА О.В., ЗАБЛОЦКАЯ О.В., МАКОВСКАЯ А.А.</i>	59
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>АТРОЩЕНКО И.Е., АТРОЩЕНКО Е.С., ВОРОБЬЕВА Е.П., БАНЬКОВА Е.М., ПЕТРОВ С.А., ЗАБЛОЦКАЯ О.В.</i>	61
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК <i>АТРОЩЕНКО И.Е., ЗАБЛОЦКАЯ О.В., ВОРОБЬЕВА Е.П.</i>	64
КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ БЕЛАРУСИ <i>БАЙДА А.В., ВОРОНИНА Л.П., КУЗНЕЦОВА Н.Б., МИХАЛЮК Р.А.</i>	67
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ <i>БАЙДА А.В., ВОРОНИНА Л.П., КУЗНЕЦОВА Н.Б., МИХАЛЮК Р.А.</i>	70
ДИАБЕТИЧЕСКАЯ АНГИОПАТИЯ В ВИДЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., СОЛОВЬЕВ Е.В., АПАНЬКО А.Д.</i>	73
ИНТЕРЛЕЙКИНЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА <i>БОЙКО А.В., ПОНОМАРЕВ В.В., ЗАФРАНСКАЯ М.М., НИЖЕГОРОДОВА Д.Б., ИГНАТОВИЧ Т.В., АДАМОВИЧ А.Ю.</i>	76
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА <i>ВАЩЕНКО Е.Н.</i>	79

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В СВЯЗИ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ Е.В.</i>	81
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СВИНЦА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ <i>ГЕРМЕНЧУК И.А., КРУМКАЧЕВА А.Ю., ГРИБ В.М.</i>	84
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТЭЛА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА <i>ГОНЧАРИК Т.А., ГРИБ В.М., БУДЬКО А.М., КЕПЕТЬ А.В., БОРИСОВА Т.Б., СЕМАК В.Н.</i>	87
ОСОБЕННОСТИ ЭКГ-ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ <i>ГОНЧАРИК Т.А., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е., САНКОВИЧ Е.В., МАЗУР В.В., ВАРАВА Н.К.</i>	89
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПЛЕЧА МЕТОДОМ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ <i>ГРЕКОВА Т.И., СИВАКОВ А.П., МАНКЕВИЧ С.М., ПОДСАДЧИК Л.В.</i>	93
ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>ГРИБ В.М., ГОНЧАРИК Т.А., ГЕРМЕНЧУК И.А., БУДЬКО А.М., КЕПЕТЬ А.В., БОРИСОВА Т.Б.,</i>	96
ЭПИЛЕПСИЯ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ: ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ <i>ГРИШЕНКОВА Л.Н., РЫБАКОВА В.Д., ЖУК Г.В.</i>	99
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ <i>ГУБИЧ Т.С., СУДЖАЕВА С.Г., КАЗАЕВА Н.А., КОРНЕЛЮК О.М.</i>	103
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>ГУБИЧ Т.С., СУДЖАЕВА С.Г., КАЗАЕВА Н.А., КОРНЕЛЮК О.М.</i>	107

МНОГОЛИКИЙ ВАСКУЛИТ: МАСКА – АЛЛЕРГИЯ <i>ДЕГТЕРЕВА О.В., ПРИСТРОМ М.С., АТРОЩЕНКО И.Е., АДАМОВИЧ И.Э.,</i> <i>ГАВРИЛОВА Е.Н., КУНАШ И.И.</i>	111
МНОГОЛИКИЙ ВАСКУЛИТ: МАСКА ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>ДЕГТЕРЕВА О.В., ПРИСТРОМ М.С., АТРОЩЕНКО И.Е., АДАМОВИЧ И.Э.,</i> <i>ГАВРИЛОВА Е.Н., КУНАШ И.И.</i>	114
БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ <i>ДУБ И.Д., ДОРОНИН М.В., КУРЛЕНКО Р.Н., САВИЦКИЙ В.М., ШЕПЕТЬКО В.И.</i>	117
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ <i>ДЮСЬМИКЕЕВА М.И., ГОРЕНКО Д.И., ЕРМОЛКЕВИЧ Р.Р., ЛОЙ Ю.В.</i>	120
ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЖИВОТА В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>ЗАЙЦЕВ В.Ф., БАНЬКОВА Е.М., СУХИХ Ж.Л.</i>	123
ОФТАЛЬМОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ АНГИОДИСТОНИИ <i>ЗАЙЦЕВА Е.Ю., МАЦАК И.Г.</i>	126
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩИХ <i>ЗЕЛЕНКО А.В., СИНЯКОВА О.К.</i>	128
МИКРОЯДЕРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>ЗЕЛЕНКО А.В., АФОНИН В.Ю.</i>	131
МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ИМ ПЕТЛЕВОГО РЕГИСТРАТОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>КАЗАКОВ С.А.</i>	134
ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ НИТАРГАЛА <i>КАРПОВА И.С., АТРОЩЕНКО Е.С., РУСАК Т.В.</i>	137
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>ВОРОБЬЕВА Е.П., КАШИЦКАЯ М.Э., ШТОНДА М.В., МАКОВСКАЯ А.А., ЧЕЧКО Р.Ю.</i>	140

ОЦЕНКА КАРДИОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА МЕТОДА ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПЕР-ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В БОРЬБЕ С РЕПЕФУЗИОННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>КОРЕНЕВА Е.А., ДЕНИСЕВИЧ Т.Л, ЗОТОВА О.В., РОМАНОВСКИЙ Д.В.,</i> <i>СТЕЛЬМАШОК В.И., ПОЛОНЕЦКИЙ Л.З., БУЛГАК А.Г.</i>	143
ПРЕДИКТОРЫ ПРОДЛЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>КОРНЕЛЮК И.В., БОХАН Н.А., БОРИСОВА Т.Б., РАИК А.Л.</i>	147
ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЕЕ СВЯЗЬ С МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>КОРОБКО И.Ю., НЕЧЕСОВА Т.А., ПАВЛОВА О.С.</i>	150
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ЭКСПЛУАТАЦИИ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ КАЛИЙНЫХ РУДНИКОВ ДЛЯ СПЕЛЕОТЕРАПИИ <i>КОСЯЧЕНКО Г.Е., НИКОЛАЕВА Е.А., ЛЕВЧЕНКО П.А., ДУБОВИК Н.Н.</i>	153
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В И С <i>КРУМКАЧЕВА А.Ю., ГРИБ В.А., ГЕРМЕНЧУК И.А., ПАНКРАТОВА Ю.Ю.,</i> <i>ДУДАРЕВА Н.И.</i>	156
МЕТОБОЛОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>КРУМКАЧЕВА А.Ю., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.</i>	159
ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР – ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ <i>ЛОБАНОВА М.В.</i>	162
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КОРРЕЛЯТЫ УРОВНЕЙ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ <i>МАЛАШКО Е.А., КИСТЕНЬ О.В., ЕВСТИГНЕЕВ В.В.</i>	165
МАГНИТОАКУПНКТУРА ХРОНИЧЕОЙ ДОРСАЛГИИ <i>МАНКЕВИЧ С.М., СИВАКОВ А.П., ПОДСАДЧИК Л.В., ГРЕКОВА Т.И.</i>	168
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТОВ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ЭКЗЕМОЙ <i>МИЛЬКОТО Н.А., ШИМАНСКАЯ И.Г., КОСТЮК С.А., РУДЕНКОВА Т.В.</i>	171

**КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

НОВИКОВА Р.А., КОСТРОМИНА А.Г., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е. 174

**НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И РАЗВИТИЕ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ**

НОВИКОВА Р.А., ГУЛИЕВА Д.М., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е. 177

АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ

*ОСКИРКО А.Н., КЛЮЧАРЕВА А.А., ГОРЕГЛЯД Н.С., КАМИНСКАЯ М.В.,
ТРУХАНОВИЧ С.М., БРУЙ Н.В., ШЕРЕМЕТ А.Н., МАЦКО И.Н.* 180

**НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ
ПЕДИАТРА**

*ОСКИРКО А.Н., КЛЮЧАРЕВА А.А., ГОРЕГЛЯД Н.С., КАМИНСКАЯ М.В., ТРУХАНОВИЧ С.М.,
БРУЙ Н.В., ШЕРЕМЕТ А.Н., МАЦКО И.Н.* 183

**ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

ПЕТРОВ С.А., БАНЬКОВА Е.М., СУХИХ Ж.Л., ВОЛЫНЕЦ И.Н., ОДНОБОЧКО О.В. 186

**ЛАЗЕРОПУНКТУРА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

ПОДСАДЧИК Л.В., СИВАКОВ А.П., МАНКЕВИЧ С.М., ГРЕКОВА Т.И. 187

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЦР-АНАЛИЗА ДЛЯ
ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА DVN3 У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ С
АУРОЙ**

ПОЛУЯН О.С., КОСТЮК С.А. 190

**ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У
ПОЖИЛЫХ: ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ**

*ПРИСТРОМ М.С., ШТОНДА М.В., СЕМЕНЕНКОВ И.И., СУХИХ Ж.Л., ЧЕЧКО Р.Ю.,
КАШИЦКАЯ М.Э., СОСНОВСКИЙ С.В.* 193

**МЕСТО И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ
ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*ПРИСТРОМ М.С., ШТОНДА М.В., СЕМЕНЕНКОВ И.И., ПРУСЕВИЧ С.Н., МАКОВСКАЯ А.А.,
КУНАШ И.И.* 196

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
J-ВОЛНЫ**

*ПРИСТРОМ М.С., ШТОНДА М.В., СЕМЕНЕНКОВ И.И., ЧЕЧКО Р.Ю., СОСНОВСКИЙ С.В.,
КАШИЦКАЯ М.Э., РУДИЧ Е.К., ПРИСТРОМ А.А.* 199

АДАПТАЦИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЕЙ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ В КОЖЕ ПАЦИЕНТОВ	
<i>РУДЕНКОВА Т.В., КОСТЮК С.А., ШИМАНСКАЯ И.Г., МИЛЬКОТО Н.А.</i>	202
ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ	
<i>САМОЙЛОВИЧ М.В., АРТЮШКЕВИЧ В.С.</i>	205
КАРДИТОКСИЧНОСТЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ	
<i>СВИРИДОВА О.Г., ГАРАНКОВ В.Б., АРЛИЕВСКАЯ Ю.Г., ЮДИНА О.А.</i>	208
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	
<i>СЕМЕНЕНКОВ И.И., ПРИСТРОМ М.С., ШТОНДА М.В., ЧЕЧКО Р.Ю., СОСНОВСКИЙ С.В., ВОРОБЬЕВА С.В.</i>	213
ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ	
<i>СЕМЕНЕНКОВА А.Н.</i>	216
ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИИ НА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	
<i>СЕМУШИНА Е.А., ЗЕЛЕНКО А.В., ЩЕРБИНСКАЯ Е.С., СИНЯКОВА О.К.</i>	219
ДЕКОМПРЕССИОННАЯ БОЛЕЗНЬ ДАЙВЕРОВ	
<i>СТЕПАНЮК А.А., СЁМКИНА Л.И.</i>	223
ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ	
<i>СУХИХ Ж.Л., ШТОНДА М.В., БАНЬКОВА Е.М., ПЕТРОВ С.А., МАКОВСКАЯ А.А.</i>	226
РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЫ В ТЕРАПИИ: АНГИОДИСПЛАЗИЯ КИШЕЧНИКА	
<i>СУХИХ Ж.Л., ШТОНДА М.В., БАНЬКОВА Е.М., ПЕТРОВ С.А., КУНАШ И.И., СЕМЕНЯКО С.В., ВАЛЬКЕВИЧ М.С., ХРОМКОВ Е.А., МОТУЗОВ С.М.</i>	229
СКРИНИНГОВАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА	
<i>ТОМАШЕВА А.Ю., ГРАБКО Л.В.</i>	233
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ	
<i>ХВАЩЕВСКАЯ Г.М., НЕРОБЕЕВА С.И., КАРПОВИЧ А.И.</i>	236

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ <i>ХВАЦЕВСКАЯ Г.М., НЕРОБЕЕВА С.И., КАРПОВИЧ А.И.</i>	239
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>ХИСАМО С.А., ПРИСТРОМ А.М., ГАЙШУН Е.И.</i>	242
ЛАЗЕРЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>ШТОНДА М.В., БАЯЗИТОВА Ю.Р.</i>	244
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>ШТОНДА М.В., АСТРЕЙКО А.В., КОТЕЛЬНИКОВА-ДЕЛЬ Ю.В., НЕВИДОВИЧ Б.Б.</i>	247
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА NOD2 У H.PiLORi-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>ЯНОВИЧ О.О., ДОРОШКО М.В.</i>	250
РАЗДЕЛ 4 «ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»	253
ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА <i>АЛЕКСЕЙЧИК С.Е., ПОЧТАВЦЕВ А.Ю., ГОНЧАРИК Т.А., САНКОВИЧ Е.В., БОРИСОВА Т.Б., РУДАЯ Е.Г., ТИМОФЕЙЧИК Е. С., КОВАЛЕВСКИЙ К.О.</i>	254
МИКСОМЫ СЕРДЦА: ВОПРОСЫ ПАТОМОРФОЛОГИИ <i>АНИСКЕВИЧ О.Р., ЛИПЧИК В.И., ЯКУШЕВА У.Г., ЮДИНА О.А.</i>	257
АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., КОРОВИНА А.В.</i>	262
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА <i>БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., БУШЛЯКОВА Е.С.</i>	266
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ СПОНДИЛОДИСЦИТА <i>БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., ПОЛЮШКИНА А.А., КУХТИК А.С.</i>	271
ПАТОЛОГИЯ ЖИРОВЫХ ПРИВЕСКОВ <i>БЛАХОВ Н.Ю., ЛИВАЙ К.В.</i>	276

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ <i>БОБР Т.В.</i>	279
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ТОНКОЙ КИШКИ <i>ВОРОБЕЙ А.В., СТАРОСТИН А.М., СЕЛЬНЯГИНА Л.А., ДЫБОВ О.Г., ДЕРКАЧЕВА Н.В., РИМАШЕВСКИЙ В.Б.</i>	282
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРМАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛУЧЕВЫХ ПРОКТИТОВ <i>ВЫСОЦКИЙ Ф.М, СИВЕЦ А.Н., КЛЮЙКО Д.А., МАХАХЕЙ А.В., ЛЯШКО О.И.</i>	285
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ФОТОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА» <i>ДЕНИСОВ А.В., ПЕТКЕВИЧ О.В., ХАДАНОВИЧ С.А.</i>	288
«ЗАБЫТЫЙ» СТЕНТ МОЧЕТОЧНИКА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ <i>ДУБ И.Д., ДОРОНИН М.В., КУРЛЕНКО Р.Н., НЕМЧАНИНОВ С.С.</i>	291
МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У КРЫС <i>ДЫБОВ О.Г., СТАРОСТИН А.М., АДАМОВИЧ А.Ю., УСТЕМЧУК А.М.</i>	294
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>ЕВДОЧКОВА Т.И., СЕЛЬКИНА В.Д.</i>	297
ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ <i>ЖИДКОВ А.С., КЛЮЙКО Д.А., КОРИК В.Е., ЖИДКОВ С.А., ЗАЙЦЕВ М.В., РАЗВODOВСКИЙ К.В.</i>	299
РАСТВОРИМЫЕ КОМПЛЕКСЫ МОНОМЕРОВ ФИБРИНА И АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В МОНИТОРИНГЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗООККЛЮЗИОННЫХ ОПТИКОРЕТИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>КАРДАШ О.Н., ВОРОНОВИЧ Т.Ф. СИВАШКО А.С.</i>	302
МЕХАНИЗМЫ ЭДЕМОМЕТРИИ И ЕЕ СУЩНОСТЬ, КАК МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ <i>КАРМАН А.Д., КУДЕЛИЧ О.А., НЕВЕРОВ П.С., ПЛАНДОВСКИЙ А.В.</i>	306
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>КЛИМУК С.А., ЕВКОВИЧ Ю.В.</i>	309

МАРКЕРЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РОЖЕЙ <i>КЛИМУК С.А. КАЛИНИНА А.С., ДАЛИДОВСКАЯ А.В.</i>	311
АБДОМИНАЛЬНЫЕ СПАЙКИ: АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ <i>КЛЮЙКО Д.А., КОРИК В.Е., ЮДИНА О.А.</i>	314
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ <i>КЛЮЙКО Д.А., КОРИК В.Е., БОГДАН В.Г., АЛЕКСАНДРОВ С.В., МЕЛКОНЯН Н.Д.</i>	317
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>КЛЮЙКО Д.А., КОРИК В.Е., ЖИДКОВ С.А., ЖИДКОВ А.С., ЗАЙЦЕВ М.В., РАЗВODOВСКИЙ К.В.</i>	320
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ <i>КОНДРАТЕНКО Г.Г., ВАСИЛЕВИЧ А.П., КУДЕЛИЧ О.А., НЕВЕРОВ П.С., ЕСЕПКИН А.В.</i>	323
О ПРЕИМУЩЕСТВЕ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИИ <i>КОРИК В.Е., КЛЮЙКО Д.А., АЛЕКСАНДРОВ С.В., ЖИДКОВ А.С., МЕЛКОНЯН Н.Д., ПОПКОВ Д.А.</i>	329
ИЗУЧЕНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ПЕРИОДОНТОПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА <i>КОСТЮК С.А., ЮДИНА Н.А., ПОЛУЯН О.С., ЯКОВЛЕВА-МАЛЫХ М.О.</i>	333
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРЕДБРЮШИННАЯ (ТАРР) АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ <i>КУДЕЛИЧ О.А., ПРОТАСЕВИЧ А.И., КАРМАН А.Д., НЕВЕРОВ П.С., ВАСИЛЕВИЧ А.П., ЕСЕПКИН А.В., ЧЕРНОМОРЕЦ В.В., БУЗО О.В.</i>	336
ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА <i>КУДЕЛИЧ О.А., ПРОТАСЕВИЧ А.И., КАРМАН А.Д., НЕВЕРОВ П.С., ВАСИЛЕВИЧ А.П., ПЛАНДОВСКИЙ А.В., ЕСЕПКИН А.В., ЗАПРУДСКИЙ К.С.</i>	339
ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ГЛАУКОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>КУРИЛЕНКО А.Н., БОБР Т.В.</i>	342
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА <i>НЕВЕРОВ П.С., ВАСИЛЕВИЧ А.П., ИГНАТОВИЧ И.Н., КУДЕЛИЧ О.А., КАРМАН А.Д., КОЗЛОВСКИЙ Д.С., РУДОМИН С.А.</i>	345

РЕЗУЛЬТАТЫ НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЫ АНАЛИЗА ОСУЩЕСТВИМОСТИ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ <i>ОШАРИН В.В., ПИЛИПОВИЧ Ж.З., ГАПЕЕНКО Е.В., СТУКАЛОВА И.В., МАВРИЧЕВ С.А., ХОРЕВИЧ Е.Н.</i>	348
РОЛЬ САМОЛЕЧЕНИЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>ПОЧТАВЦЕВ А.Ю., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е., ПАНКРАТОВА Ю.Ю., РАЕВНЕВА Т.Г., ТАРАСИК Л.В., БОГАЧЕНКО Е.В.</i>	351
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ЯИЧНИКОВОЙ ВЕНЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ <i>РУБАХОВА Н.Н., ДЯДИЧКИНА О.В., ФЕДОТОВА Э.В., СТАСЕВИЧ С.М., РУБАХОВ К.О.</i> ...	354
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ <i>СЕМЕНОВА Ю.А.</i>	357
АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ: ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА <i>СУЩЕВИЧ В.В., КОРОЛЬКО А.С.</i>	359
ТРЕПАНОБИОПСИЯ МЫШЦ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>ФЕДОРЕНКО С.В., КЛЮЙКО Д.А., КОРИК В.Е., ЖИДКОВ А.С., ПОПКОВ Д.А.</i>	362
НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЛОСКУТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ГОЛЕНИ <i>ФЕДОРОВ К.А., СУХАРЕВ А.А., БОГДАН В.Г.</i>	365
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ СЕГМЕНТОВ СТОПЫ <i>ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А., ВОРОБЕЙ А.В., ВАСИЛЬЕВ Н.О.</i>	370
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ 2-го ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А.</i>	373
ОСЛОЖНЕННАЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ <i>ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А., КОСТЮК С.А., СЕНКЕВИЧ О.И., БОНДАРЬ А.С.</i>	375

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ВАКУУМ-СИСТЕМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО И СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА <i>ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А., ВОРОБЕЙ А.В., ВАСИЛЬЕВ Н.О.</i>	377
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПАТЭКТОМИИ (II-IV ГАНГЛИИ) В ПРОЦЕССЕ ВИДЕОТОРАКОКОПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО <i>ШНИТКО С.Н.</i>	379

РАЗДЕЛ 1
«ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ»

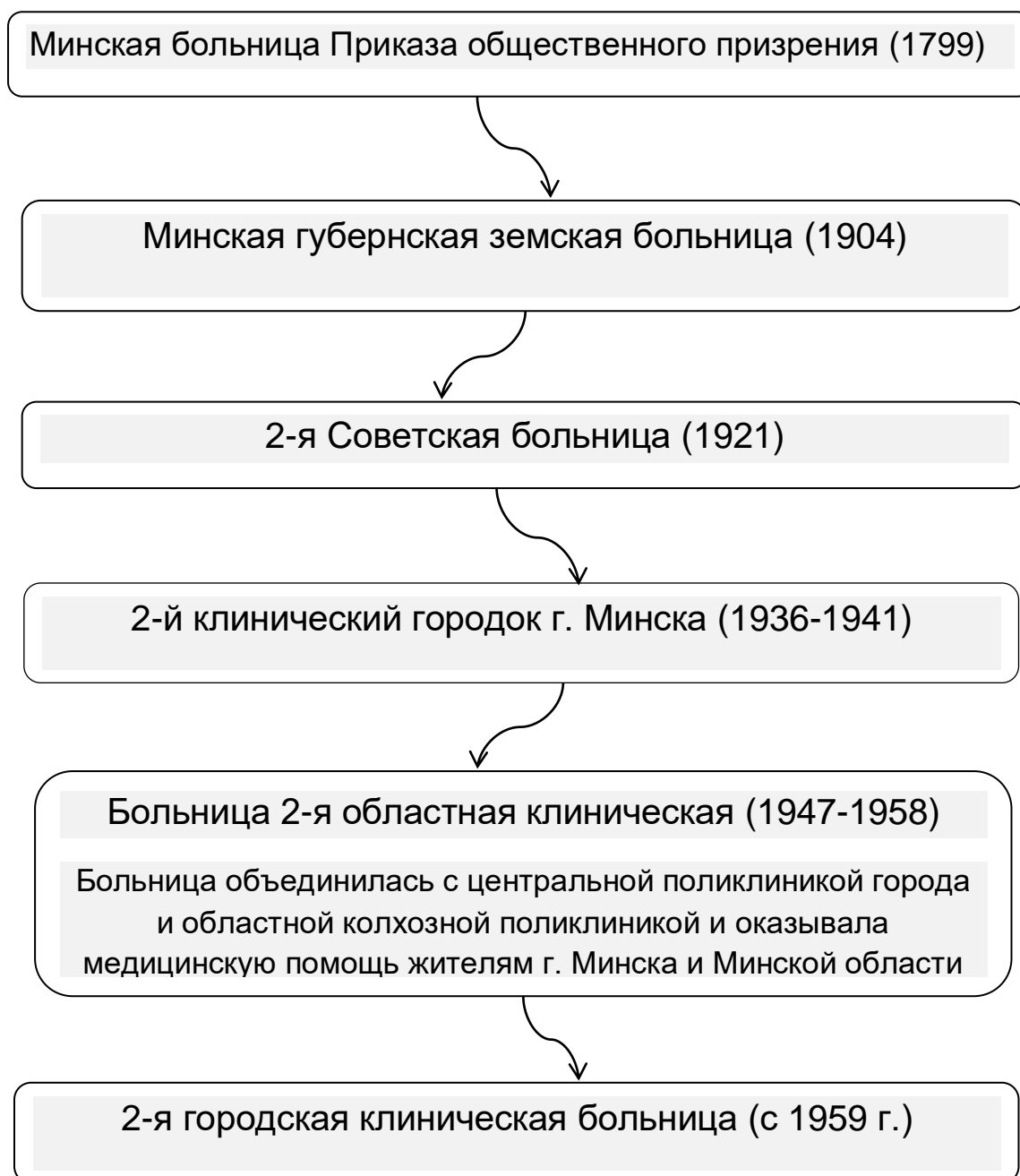
Минск, 26 сентября 2019 г.

РЕЦЕПТ ЛУЧШЕЙ И СТАРЕЙШЕЙ КЛИНИКИ МИНСКА: ИННОВАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ + БЕССМЕРТНАЯ КЛАССИКА ТРАДИЦИЙ

КУЛЬПАНОВИЧ О.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Дорожная карта



2-я городская клиническая больница — старейшая и ведущая многопрофильная клиника Минска. Вот уже более двух веков учреждение оказывает медицинскую помощь нуждающимся. Больница работает с применением новейших технологий в соответствии с высокими мировыми стандартами. Она оснащена современным диагностическим оборудованием ведущих мировых производителей: КТ, МРТ, ангиографические установки, рентгеновские и УЗИ-аппараты и т. д.

Опыт, традиции и применение передовых технологий делают 2-ю городскую клиническую больницу уникальным медицинским центром, которому доверяют самое ценное — здоровье.

Большой вклад в охрану здоровья пациентов, развитие больницы вложили выдающиеся организаторы здравоохранения, доктора медицины, медицинские работники, ученые-практики, профессора. Их деятельность широка и многогранна. Это яркие личности, не подпадающие ни под никакие наградные классификации, и заслуживающие особого увековечивания. Имеющиеся почести и знаки отличия слишком узки и банальны.

Коллеги, благодарные пациенты, медицинская общественность отметили их многогранную деятельность неформальными и неформатными знаками отличия. Это «доктор Доброта» Зданович Иван Юстинович, Федорович Оттон Иосифович, Герой труда Макаревич Станислав-Вацлав Викентьевич, Клипцан Меер Моисеевич, Герой Советского Союза Клумов Евгений Владимирович.

Значительный след в истории больницы оставил **Федорович Оттон Иосифович** (1859, Минск—1912, Варшава). Мл. врач, ст. ординатор хирургического отделения Минской городской больницы Приказа общественного призрения/губернской земской больницы, 1891-1912. Он являлся одним из основоположников полостной хирургии в Минске. После смерти врача образован **благотворительный фонд его имени**.

Вся жизнь **Макаревича Станислава-Вацлава Викентьевича** (1860, Минск — 1928, Минск) с момента рождения проходила в буквальном смысле слова в данной больнице. Он происходил из семьи фельдшера. Родился на территории губернской земской больницы Минска. Заведовал психиатрическим отделением Минской губернской земской больницы с 1893 г. Мл., затем ст. врач губернской земской больницы Минска, 1898-1913. Работал в психиатрическом отделении губернской советской больницы Минска до 1925 г. Награжден орденом св. Анны 2 ст., 1911. За активную и многолетнюю деятельность удостоен звания «Герой труда», 1924. «Герой труда» - это звание, которое существовало с 1921 по 1938 годы. В 1938 году присвоение звания «Героя Труда» прекращено в связи с принятием указа Президиума Верховного Совета СССР «Об установлении высшей степени отличия — звания Героя Социалистического Труда». Макаревич С.-В.В. получал персональную пенсию. После смерти врача **палате мужского психиатрического отделения** больницы присвоено его имя.

В памяти жителей Минска остался **Зданович Иван Устинович** (Юстинович) (1864, Минск — 1915, Минск). Он работал в Минской больнице Приказа общественного призрения (совр. 2 городская клиническая больница) с 1893 г. Являлся первым главным врачом Минской губернской земской больницы, 1904-1915. Доктор способствовал перестройке хирургического и психиатрического отделений больницы, оснащению ее лечебным и диагностическим оборудованием.

Подвижник, народный любимец, великий патриот и выдающийся общественный деятель, талантливый исследователь. Имел прозвище «доктор Доброта». Интересы Ивана Здановича не ограничивались медициной. Этому одаренному человеку до всего было дело! Человек многогранных и разносторонних интересов, отличался широтой мышления, отзывчивостью, уважением к людям. С его именем связано первое в Беларуси училище для

слепых детей и название поселка Ждановичи. До 1964 года **станция Ждановичи** носила имя своего основателя и называлась «Здановичи». Постепенно это название трансформировалось в современное Ждановичи.

Имя И.У.Здановича присвоено минской **школе № 188 для детей с нарушениями зрения** на улице Богдановича (1997), **пионерской дружине** этой же школы (2001). В его честь на здании данной школы установлена **мемориальная доска**, 1999.

В предвоенные годы больницей руководил (1936-1940) **Клипцан Меер Моисеевич** (1904, Минск—1942, Могилев, д.Пашково). Под его руководством осуществлено (1936-1938) переоборудование психиатрических отделений больницы. Доктор внес большой вклад в изучение вопросов борьбы с психомоторным возбуждением у психически больных. Предложенная им смесь брома, медиана и сернокислой магнезии стала официально называться в научной литературе как «**смесь Клипцана**».

Со 2-й городской клинической больницей связана деятельность Героя Советского Союза, участника Минского подполья **Клумова Евгения Владимировича** (1876, Москва—1944). Несмотря на то, что общепринято его имя ассоциировать с 3 больницей, он имеет самое непосредственное отношение и ко 2-й больнице. Здесь начиналась его профессиональная деятельность по приезду в Минск. Он заведовал хирургическим отделением военного госпиталя в Первую мировую войну, 1915. Данный госпиталь размещался в Минской губернской земской больнице. Уже после гражданской войны Клумов Е.В. заведовал хирургическим и гинекологическим отделениями 2-й советской больницы, 1921-24.

Его именем названы **улица и переулок, сквер, 3 городская клиническая больница** (бывшая больница еврейского благотворительного общества) в Минске (Пост. СМ БССР от 20.09.1965 г. № 464). Имя Е.В. Клумова присвоено **пионерской дружине Тростенецкой средней школы**

Минского района, строительному студенческому отряду МГМИ (совр. БГМУ). В его честь установлена мемориальная доска и выпущена марка Белпочты.

2-я городская клиническая больница – в первую очередь, это люди, выдающиеся, известные и незаслуженно забытые, которые внесли неоценимый вклад в здравоохранение города, положили жизни на алтарь служения отечеству.

Ни одна больница Беларуси не имеет в своем активе такого достояния – два врача, удостоенные звания «Героя». Любовь к родному городу, его жителям подтверждает жизнь докторов. Федорович О.И., Зданович И.У., Клипцан М.М., Макаревич С.-В. В. – все они родились в г. Минске. Стаж их работы во 2-й больнице – от двух до четырех десятилетий, что свидетельствует о преданности благородному труду.

Свой талант медики отдавали во имя народа Беларуси. Они – золотой фонд отечественной медицины, элита интеллигенции.

Смыслом и значением обладает то, что люди оставляют после себя. Цена практик, наук, трудов проверяется на прочность жизнью. Что отберет матушка-история - покажет опыт бытия. Великий судья время просеивает все через сито и расставляет по своим местам. В результате сохраняется сущностное и настоящее.

Наши предшественники помогли обществу измениться, сделали мир просвещеннее и гуманнее. Они вписали свое имя в историю, оставив в качестве завещания богатое нематериальное наследие: социально значимые мероприятия, способы лечения, идеи, открытия, уникальные труды, книги.

В итоге: Лучшее, что предоставляет история - это имя, вдохновляющее своим примером. Нам есть чем гордиться. Давайте жить так, чтобы следующему поколению было за что гордиться нами!

ИВАН УСТИНОВИЧ ЗДАНОВИЧ: ВРАЧ-НОВАТОР, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ

СЫСОЕВА В.Л.

ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», Минск

В 2019 г. отмечает 220-летний юбилей одно из старейших медицинских учреждений Минска – 2-я городская клиническая больница (основана в 1799 г. как больница Приказа общественного призрения, с 1904 г. – губернская земская больница). Деятельность многих выдающихся врачей связана с этим учреждением. Известный минский врач, подвижник, выдающийся общественный деятель Иван Устинович Зданович возглавлял больницу с 1893 по 1915 гг. Под его руководством и при его непосредственном участии осуществлялись все важнейшие мероприятия по реорганизации и улучшению деятельности этого учреждения.

Иван Устинович (Иустинович) Зданович родился в Минске 25 мая (6 июня) 1864 г., окончил Минскую классическую гимназию, в 1889 г. медицинский факультет Киевского Императорского университета, там же в 1890 г. был утвержден в степени лекаря. Позже за границей изучал массаж и врачебную гимнастику. По возвращении в Минск Иван Устинович открыл частную врачебную практику и одновременно поступил на государственную службу. В 1892 г. он становится младшим, а с 1893 г. – старшим врачом больницы Приказа общественного призрения (с 1904 г. вместо должности старшего врача была введена должность главного врача). И.У. Зданович являлся специалистом по внутренним, детским болезням и массажу.

В должности старшего врача Иван Устинович направлял свои усилия на улучшение качества медицинской помощи и введение новых методов лечения в больнице. В конце XIX в. – начале XX в. в Беларуси начинает использоваться новый вид лечения – массаж. В 1893 г. Иван Устинович

организовал курсы массажа, благодаря которым на протяжении нескольких лет пациенты больницы получали бесплатное лечение.

В 1904 г. больница была передана в ведение земского губернского комитета и переименована в Минскую губернскую земскую больницу; в ней был произведен ряд преобразований. Главным врачом И.У. Здановичем была разработана инструкция, определяющая деятельность больницы в новых условиях. В документе излагались обязанности персонала и всех структурных подразделений. Будучи главным врачом неоднократно сообщал в Совет больницы и губернскую управу о трудных условиях работы и просил оказать помощь по ряду вопросов, один из которых – строительство нового здания. Много усилий прилагал для обеспечения лечебного учреждения более современным оборудованием. По его ходатайству в 1905 г. губернская управа разрешила приобрести оборудование на сумму до 1300 руб. и организовать бактериологическую лабораторию, в том же году было выделено 500 руб. на закупку рентгеновского аппарата, кроме этого была приобретена дезинфекционная камера. Больница оснащалась новым оборудованием и инструментарием для операционной, аппаратами для электролечения – использовались «световые ванны» и вибрационный массаж. Это давало возможность оказывать квалифицированную помощь и поддерживать надлежащий эпидемиологический режим. В губернской земской управе и городской думе, Обществе минских врачей, а также в печати Иван Устинович вместе с другими врачами (О.О. Федоровичем, Ф.М. Кодисом, С.В. Балковцом и др.) неоднократно выступал с докладами и статьями, в которых приводились доказательства необходимого преобразования больницы в научно-клиническое учреждение.

Иван Устинович являлся действительным членом Общества минских врачей, делал сообщения на заседаниях общества. В журнале «Русский врач» опубликовал статью, в которой на основании собственного опыта

рекомендовал сухой гипс как лучшее наружное средство при лечении оспы. Понимая важность использования чистой питьевой воды, разработал фильтр для ее очистки. И.У. Зданович был одним из пионеров лечения желудочно-кишечных заболеваний местными природными ресурсами, устроив небольшое лечебное учреждение на шесть коек рядом с источником минеральной воды на берегу реки Свислочь.

Иван Устинович состоял членом различных благотворительных обществ, оказывал бесплатную медицинскую помощь больным в общежитии Русского женского кружка и женского монастыря, а также театральным деятелям; часто выступал публично, освещая вопросы медицины. Основал в Минске первое на территории Беларуси училище для слепых, которое было одним из лучших в России.

Скончался Иван Устинович Зданович скоропостижно 11 (24) августа 1915 г. в больнице при исполнении служебных обязанностей. Жизнь и деятельность врача, сыгравшего заметную роль в развитии общества и здравоохранения Минска, навсегда останется неотъемлемой частью нашей истории.

РАЗДЕЛ 2
«ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Минск, 26 сентября 2019 г.

ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ВОЙТОВИЧ В.М., МАРШАЛОВА-МИХАЛКОВА С.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г.Минск

Рынок медицинских услуг – это не только сегмент рынка нематериальных услуг, но и сложная система экономических отношений, складывающаяся между потребителем и производителем данного вида услуг, это система отношений между врачом и пациентом, включающая их интересы, врачебную деятельность, получение медицинской помощи, ценностные ориентиры.

Процессы социально-экономического реформирования системы здравоохранения определяют необходимость оптимизации спроса, предложения и потребления медицинских услуг, рационального использования имеющихся ресурсов и выделяемого бюджетного финансирования. В то же время такие аспекты организации здравоохранения, как отношение населения к потребляемым медицинским услугам, динамика спроса на различные виды медицинской помощи, оценка ее качества, технологичности и экономической эффективности, не являлись критериями оценки результативности деятельности отрасли. В зарубежной литературе маркетинг в здравоохранении рассматривается применительно к частной и страховой медицине, что же касается маркетинга в условиях государственного регулирования в сфере здравоохранения, то в настоящий момент эта проблема изучена явно недостаточно.

Американская медицинская ассоциация определяет маркетинг в здравоохранении как комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением

услуг (товаров медицинского значения) к потребителям, а также процессом их реализации.

Среди маркетинговых факторов, влияющих на реализацию услуги, следует выделить группу, включающую:

цену данной услуги и ее отличие от цен конкурентных услуг;

взаимозаменяемость услуг;

наличие оборудования необходимого для оказания услуги;

уровень платежеспособного спроса на услугу.

Рассматривая потребление медицинских услуг как специфический предмет маркетинга, следует отметить, что адаптация традиционных систем здравоохранения к условиям рыночных отношений, исследование врачебной медицинской деятельности с точки зрения производства и продажи медицинских услуг, раскрытие действия экономических законов при организации и осуществлении лечебно-диагностического процесса - объективные реалии современного этапа развития здравоохранения.

Необходимо отметить, что медицинские услуги обладают рядом особенностей, которые затрудняют их рассмотрение как предмета маркетингового анализа ценообразования:

сложность отделения цены на медицинский товар от цены на сопутствующие услуги (зачастую в стоимость медицинского товара включаются сопутствующие услуги, и в этом случае трудно оценить действительный объем предоставленных услуг, что вносит определенные искажения в реальную характеристику сферы медицинских услуг);

сложность процесса смены собственника (рыночный процесс проявляется в том, что товар, обмениваемый на деньги, должен сменить своего собственника, но поскольку услуги, как особая форма товара, часто не существуют как отдельные экономические объекты, на них не могут распространяться права собственности);

неосвязаемость услуг (нематериальный характер медицинских услуг делает крайне сложным установление по отношению к ним каких-либо стандартов);

непостоянство качества медицинских услуг (необходимость индивидуального подхода к потребителю серьезно затрудняет процессы управления сферой услуг, по этой причине главным лицом, непосредственно оказывающим услуги, выступает врач).

Медицинскую услугу можно рассматривать как объект рыночных отношений в следующих случаях:

получение услуг, не предусмотренных государственными минимальными социальными стандартами в области здравоохранения в государственных организациях здравоохранения;

получение услуг пациентами, не имеющими права на их получение на бесплатной основе;

получение услуг по повышенным стандартам качества их оказания;

получение услуг в удобное для пациента время (вне очереди, в выходные дни и т.п.);

получение услуг в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 7-Я ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

ДЕЧКО С.В.

Учреждение здравоохранения «7-я городская поликлиника», г. Минск

Важнейшим направлением развития социальной сферы в Республике Беларусь является совершенствование системы здравоохранения, которая должна гарантировать гражданам Республики Беларусь качественную и доступную медицинскую помощь.

Благодаря науке и техническому прогрессу постоянно появляются новые – «инновационные» – технологии, способные улучшить здоровье населения с помощью более эффективных методик. Чтобы добиться наилучшего медицинского обслуживания в рамках имеющихся ресурсов, следует поддерживать внедрение наиболее эффективных решений, принимая во внимание организационные, социальные, этические и экономические вопросы.

В итоге становится очевидно, что реалии диктуют необходимость внедрения ресурсосберегающих технологий в каждодневную практику каждого учреждения здравоохранения страны. Опыт развитых стран мира свидетельствует о том, что внедрение новых управленческих технологий обеспечивает ощутимый выигрыш в качестве медицинской помощи. Решение наиболее актуальных проблем управления позволяет достигать высоких финансовых показателей, снижать издержки, решать проблемы удовлетворенности пациентов и, в целом, повышать качество медицинской помощи.

В учреждении здравоохранения «7-я городская поликлиника» вопрос качества медицинской помощи рассматривается как целенаправленный процесс скоординированных воздействий на объекты управления для установления, обеспечения и поддержания необходимого его уровня качества, удовлетворяющего требованиям потребителей и общества в целом.

Для достижения поставленных целей в УЗ «7-я городская поликлиника» систематически интегрируются модули системы менеджмента качества, отраженные в стандарте ISO 9001. По словам Эдварда Деминга, «управление качеством не означает достижения совершенства. Оно означает продуктивное производство продукции, имеющей качество, отвечающее ожиданиям рынка».

На этапе амбулаторно-поликлинического звена, одним из основных направлений в управлении качеством нужно считать реализацию концепции постоянного улучшения путем снижения недовольства пациентов еще на этапе формирования эмоции. Для этого крайне важно наладить двусторонний диалог с пациентами, посещающими поликлинику. С этой целью в 7-й поликлинике г. Минска активно внедряются новые формы работы с населением:

- для повышения удовлетворенности потребителей медицинских услуг качеством и доступностью оказания медпомощи в амбулаторных условиях за счет оптимизации процессов интегрируются мероприятия пилотного проекта «Заботливая поликлиника»;

- на сайте учреждения здравоохранения «7-я городская поликлиника» постоянно мониторируется рубрика «Нам важно Ваше мнение»;

- в холле первого этажа поликлиники имеются листы проблем и предложений, в которых ежедневно пациенты могут оперативно отражать свои предложения по улучшению работы учреждения, замечания, оценку работы и др.;

- поэтапно внедрена практика получения быстрого отклика от пациентов об оказываемой медицинской помощи посредством QR-кодов;
- ведется работа с населением в социальных сетях (ВКонтакте, Instagram и др.).

Важно понять, что стандарты систем управления качеством – это не волшебная палочка и не лекарство от всех болезней организации. Это – инструмент, это – путь, который может привести к успеху только при условии искреннего желания организации и правильной, неформальной реализации требований. В противном случае может получиться обратный эффект.

Стандартизация требований к системам менеджмента – инструмент снижения рисков сторон, заинтересованных в деятельности организации. Только путем консолидации и прогрессивного взаимодействия с населением сеть медицинских учреждений г. Минска может отвечать требованиям динамически изменяющихся условий внешней среды.

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ОДИН ИЗ ЭФФЕКТИВНЫХ СТИМУЛОВ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ДОВНАР Р.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно

Постоянное ускорение научно-технического прогресса с внедрением последних достижений в клиническую практику с одной стороны позволяет повышать уровень оказания медицинской помощи для населения, с другой – требует всё большего вложения денег в сферу здравоохранения. В современном мире государства сталкиваются с дилеммой: либо увеличивать расходы на здравоохранение, тем самым повышая уровень оказания медицинской помощи, что влечет за собой увеличение продолжительности жизни и общего уровня здоровья населения, либо – оставить финансирование здравоохранения на прежнем уровне, со всеми вытекающими отрицательными последствиями.

Текущие затраты на здравоохранение в Беларуси в сравнении с другими странами Восточной и Западной Европы низкие и составляют 4,1 % от ВВП, в то время как в государствах Восточной Европы от 7 до 8 %, а странах Западной – более 9 % [1, 2]. По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, затраты на здравоохранение должны быть не ниже 6 %. Как следствие, для здравоохранения Республики Беларусь необходим поиск дополнительных источников финансирования, эффективного управления с сохранением государственной собственности на лечебные учреждения.

Согласно мировым исследованиям, бюджетные учреждения социальной сферы характеризуются низкой экономической эффективностью функционирования в условиях рыночных отношений, ограниченностью

общественных ресурсов, что наряду с другими факторами порождает необходимость поиска путей привлечения в отрасль частных инвестиций. Всё более желательным становится заимствование опыта функционирования коммерческих структур для совершенствования деятельности бюджетных учреждений. В то же время частному предпринимательству присущи мобильность, высокая эффективность использования ресурсов, склонность к инновациям, оперативность при принятии решений, чёткая направленность на потребителя. Задействовать преимущества обоих видов собственности без социальных потрясений, связанных с перераспределением полномочий, без изменения базовых моделей финансирования и методов управления можно именно в рамках государственно-частного партнерства.

Теоретически в рамках государственно-частного партнерства в здравоохранении в Республике Беларусь возможна реализация следующих направлений: 1) содействие бюджетным учреждениям в организации ими медицинской помощи, как платной, так и бесплатной; 2) использование временно свободных мощностей бюджетных учреждений; 3) привлечение в государственные организации дополнительных материальных, трудовых ресурсов или коммерческих пациентов; 4) выравнивание возможностей и условий предоставления платных услуг (замена платных услуг, оказываемых бюджетными лечебно-профилактическими учреждениями на оказание услуг частными организациями на базе этого же учреждения), 5) оказание пациентам государственных лечебных учреждений дополнительных услуг (информационных, справочных, аналитических и прочих), 6) Организация производства наиболее востребованных государственными учреждениями здравоохранения недорогих инновационных медицинских изделий с целью развития импортозамещения и повышения качества медицинской помощи.

Таким образом, развитие ГЧП позволит повысить доступность и улучшить качество медицинских услуг, снизить потребность в бюджетном

финансировании здравоохранения, обеспечив привлечение частных инвестиций для социально значимых проектов с длинными сроками окупаемости, снизить величину затрат на 20–30% за счёт использования передовых решений и жёсткой системы финансового контроля, сократить сроки создания и модернизации объектов, снизить себестоимость оказания медицинских услуг, уменьшить нагрузку на исполнительный аппарат власти за счёт передачи части функций частному партнёру и самое главное при этом – сохранить сферу деятельности существующих инфраструктурных объектов здравоохранения и государственную собственность на них.

Литература:

1. Илюшкина, О. В. Государственно-частное партнерство как элемент инвестирования в сферу здравоохранения / О. В. Илюшкина // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2013. – Т. 9, № 18. – С. 16–21.
2. Беларусь в цифрах. Статистический справочник / Национальный статистический комитет Республики Беларусь; редкол.: И. В. Медведева [и др.]. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2018. – 72 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ УЗ «2-я ГКБ»

МАКОВСКАЯ А.А.

УЗ «2-я городская клиническая больница» г.Минск

Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016-2020гг. предусматривает внедрение передовых практик корпоративного управления в стратегически значимых обществах, привлечение профессиональных управляющих, публичное размещение дополнительных выпусков акций, повышение прозрачности хозяйственных обществ с участием государства.

В оптимизации системы управления нуждаются также государственные организации здравоохранения. Могут ли принципы корпоративного управления помочь государственной клинике оптимизировать деятельность для обеспечения доступности и качества медицинской помощи?

Корпоративное управление – это система управления и контроля над компанией, характеризующаяся распределением прав и обязанностей между участниками, наличием четких правил для принятия решений. В рамках корпоративного управления определяются задачи компании, средства на реализацию этих задач и контроль.

Основная цель корпоративного управления – увеличение стоимости бизнеса и обеспечение баланса интересов собственников, менеджмента, партнеров.

Решение задач корпоративного управления осуществляется с использованием организационно-административных, экономических и

социально-психологических методов. Из методов управления создаются системы менеджмента.

В нашей стране используется система менеджмента стандарта ISO 9001, соответствующая западной концепции Total Quality Management (TQM). Нормативное определение TQM: «подход к руководству организацией, нацеленный на качество, основанный на участии всех ее членов и направленный на достижение долгосрочного успеха путем удовлетворения потребителя и выгоды для всех членов организации и общества».

На практике корпоративные органы управления нацелены на разработку долгосрочной стратегии развития основного бизнеса, контроль за ее реализацией, достижением запланированных количественных показателей. Выбор методов и инструментов остается на усмотрение исполнительных органов. Корпоративные органы не должны вмешиваться в оперативные вопросы управления, так как это приводит к смешению корпоративного и операционного управления, но они могут и должны принимать участие в выборе модели управления, поскольку правильный выбор системы менеджмента - одно из принципиальных условий реализации разработанной стратегии развития бизнеса.

Если проанализировать влияние основных факторов системы менеджмента качества на реализацию основных функций корпоративного управления, то каждый компонент СМК оказывает определенное влияние на одно из направлений корпоративного управления. Например, проектирование процессов помогает точнее сформулировать стратегию по каждому направлению деятельности компании, а аудит по критериям эффективности и результативности способствует повышению точности и прозрачности внутреннего контроля. Благодаря документированию, контролю, анализу, периодическому пересмотру ключевых

производственных и управленческих процессов обеспечиваются прозрачность, лучшая управляемость и контроль за деятельностью компании.

Современную клинику можно представить как предприятие, производящее в результате сложного процесса продукт – пролеченного пациента. Стратегические цели больницы: предоставление медицинских услуг, соответствующих обязательным стандартам, отвечающим требованиям пациентов, общества, сотрудников Больницы, расширение доступности, объема и постоянное повышение качества оказываемых услуг в сфере здравоохранения на основании анализа имеющихся в них потребностей.

Реализацию данных стратегических целей обеспечивает внедрение и функционирование в учреждении системы менеджмента качества, соответствующей требованиям международного стандарта СТБ ISO 9001-2015. СМК функционирует с 2016г. применительно к амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи, всем видам диагностики и реабилитации.

Эффективность и результативность функционирования СМК в клинике заключается в следующем.

Для руководства клиники и вышестоящих организаций здравоохранения система менеджмента дает уверенность, что качество медицинской помощи соответствует требованиям законодательства Республики Беларусь и НПА. Ежегодно во всех отделениях клиники и службах проходит внутренний аудит, анализ и оценка результативности СМК со стороны Координационного Совета, внешний Инспекционный аудит.

Улучшение управляемости организации достигается за счет того, что каждый из сотрудников знает свою сферу ответственности и полномочий.

Проводится постоянный мониторинг качества оказываемых медицинских услуг и выполнения основных показателей, выявляются риски развития неблагоприятных событий и несоответствий, разрабатывается своевременный план действий для предотвращения.

Вывод: Система менеджмента качества – оптимальный вариант совокупности элементов корпоративного управления, обеспечивающая основные цели управления: достижение долгосрочного успеха учреждения, динамику развития, действенный контроль процесса деятельности всех подразделений.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

МАРШАЛОВА-МИХАЛКОВА С.А., ВОЙТОВИЧ В.М.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

Соблюдение медицинской этики и деонтологии должно лежать в основе деятельности любого медицинского учреждения и пронизывать все моменты работы врача, медсестры, фельдшера и т.д.

По современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

- научный – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников;

- практический – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

Основными нормами медицинской этики и деонтологии должны быть следующие:

- не причинение вреда больному
- компетентность (специалиста любого уровня)
- приватность (неразглашение сведений о частной жизни)
- конфиденциальность (соблюдение медицинской тайны)
- предоставление пациенту благодеяний
- соблюдение принципов «автономии» пациента

Ведущая роль во взаимоотношениях врача и больного имеют личностные и характерологические качества, определяющие их поведение, мотивация деятельности врача, ожидания пациента.

Обращение больного к врачу обусловлено стремлением получить качественную медицинскую помощь. При выборе врача он имеет

определенную свободу и опирается при этом на представления об идеальном враче, сведения о конкретном враче, полученные из различных источников, профессиональный статус врача.

Многие доктора забывают о том, что врачебная этика и медицинская деонтология запрещают путать пациента и выражаются излишне сложно, не донося до человека суть его состояния. Это порождает дополнительные страхи у больного, которые отнюдь не способствуют скорейшему выздоровлению и могут весьма пагубно сказаться на взаимоотношениях с доктором.

Кроме того, медицинская этика и деонтология не позволяют доктору распространяться о пациенте. При этом данного правила следует придерживаться не только со знакомыми и с семьёй, но даже и с теми коллегами, которые не принимают участия в лечении конкретного человека.

Сохранение медицинской тайны является одним из самых важных вопросов медицинской деонтологии. По роду своей деятельности врач часто становится обладателем множества биографических, часто самых сокровенных, интимных сведений о больном. В настоящее время основы учения о врачебной тайне формируются следующим образом: любой врач не должен разглашать третьему лицу какие-либо сведения, касающиеся больного, без его согласия, если таковые почерпнуты в ходе профессионального общения с больным, а разглашении их может отрицательно повлиять на больного. Вместе с тем, врач, узнавший от больного сведения, представляющие опасность для общества, обязан выполнить свой гражданский долг и уведомить об этом соответствующие организации

В медицинской практике встречаются как прямые, так и косвенные нарушения медицинской тайны. Прямые связаны с недобросовестностью работников, нарушением ими этических норм. Косвенные могут быть

связаны с небрежным хранением документов, использованием всякого рода справок не по назначению (передача случайным лицам).

Важным является не только конфиденциальность, но и приватность, то есть сохранение в тайне не только медицинских сведений, но и сведений о личной жизни пациента, которыми он мог поделиться с врачами или другим медицинским персоналом.

В медицинском коллективе каждый работник имеет свои функции и круг обязанностей, организационная структура весьма консервативна и традиционна, общим требованием является соблюдение субординации. Для поддержания благоприятного социально-психологического климата медицинским работникам необходимо быть взаимовежливыми, доброжелательными, уметь оказывать товарищескую помощь и не превышать свои должностные обязанности.

Современные условия требуют от медицинских работников соблюдения ещё и корпоративной этики. Если ею не руководствоваться, то профессия медицинского работника станет менее уважаемой.

РАЗДЕЛ 3
«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»

Минск, 26 сентября 2019 г.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА

АЛЕКСЕЙЧИК Д.С., ВАШКОВА Д.Н., ШЕРШЕНЬ Л.Л.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Цирроз печени в последние годы привлекает пристальное внимание врачей разных специальностей. Это обусловлено в первую очередь широким распространением данного заболевания, а также высокой смертностью [1, 2]. Риск развития и прогрессирования заболевания может определяться различными факторами, такими как пол, наследственность, предрасположенность, метаболический синдром и сопутствующие хронические вирусные гепатиты [3, 4].

Цель: выявить особенности протекания цирроза печени в зависимости от пола пациентов.

Материал и методы. В исследование были включены 29 мужчин и 25 женщин с диагнозом цирроза печени алкогольного генеза (класс тяжести А-С по шкале Чайлд-Пью), которые находились на госпитализации в отделениях гастроэнтерологии УЗ «10 ГКБ» в период с июня по сентябрь 2018 года. Также в исследование было включено 11 пациентов с диагнозом цирроза печени вирусного генеза (ХВГС, anti-HCV+) (класс тяжести А-С по шкале Чайлд-Пью). Было проведено ретроспективное исследование в формате «случай-контроль».

У всех пациентов определялись общеклинические методы лабораторной диагностики, проводился иммуноферментный анализ с выявлением HBsAg, anti-HCV, рассчитывался коэффициент де Ритиса ($\text{AsAT/AlAT} > 2$), тяжесть цирроза печени определялась согласно шкале Чайлд-Пью.

Результаты и их обсуждение.

Общая характеристика пациентов с циррозом печени алкогольного генеза представлена в таблице 1.

Табл. 1. Общая характеристика групп пациентов.

Показатель	Мужчины (n=29)	Женщины (n=22)	Значимость, p
Возраст, лет	52,6±1,8	54,4±2,2	p>0,05
ИМТ, кг/м ²	26,9±2,3	25,6±2,1	p>0,05
Класс тяжести:			
А, (% [n])	24,1% [7]	22,7% [5]	p>0,05
В, (% [n])	51,8% [15]	50,0% [11]	
С, (% [n])	24,1% [7]	27,3% [6]	
ИБС, (% [n])	82,8% [24]	81,8% [18]	p>0,05
АГ (1-3 ст), (% [n])	79,3% [23]	77,3% [17]	p>0,05
СД, (% [n])	6,7% [2]	4,5% [1]	p>0,05

Выделенные группы были полностью сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, классу тяжести цирроза печени, сопутствующей патологии.

Основные клиничко-лабораторные данные выделенных групп представлены в таблице 2.

Табл. 2. Основные клиничко-лабораторные данные групп пациентов.

Показатель	Мужчины (n=29)	Женщины (n=22)	Значимость, p
Альбумин, г/л	28,34±1,24	31,49±1,75	p=0,156
Амилаза, Ед/л	80,62±13,62	46,61±4,90	p=0,006
Билирубин общий, мкмоль/л	116,58±26,53	58,15±11,30	p=0,007
Креатинин, мкмоль/л	87,85±6,21	71,60±2,41	p=0,002
СРБ, мг/л	21,60±5,17	27,61±7,75	p=0,325
АлАт, Ед/л	50,17±9,54	42,80±7,28	p=0,305
АсАт, Ед/л	104,42±21,44	101,77±13,52	p=0,572

В группе мужчин статистически значимо были выше уровни амилазы, общего билирубина, креатинина.

Основные осложнения цирроза печени алкогольного генеза в зависимости от пола пациентов представлены в таблице 3.

Табл. 3. Осложнения цирроза печени алкогольного генеза в выделенных группах пациентов.

Показатель	Мужчины (n=29)	Женщины (n=22)	Значимость, p
Портальная г-зия,%	96,6% [28]	100% [22]	p>0,05
Спленомегалия,%	68,9% [20]	63,6% [15]	p>0,05
ВРВП:			
I степень,%	41,4% [12]	4,5% [1]	p<0,05
II степень,%	51,8% [15]	54,5% [12]	
III степень,%	6,8% [2]	40,9% [9]	
Асцит, %	68,9% [20]	63,6% [15]	p>0,05
Печёночная эн-тия:			
I стадия,%	17,2% [5]	4,5% [1]	p<0,05
II стадия,%	68,9% [20]	50,0% [11]	
III стадия,%	13,8% [4]	45,5% [10]	
IV стадия,%	0,0% [0]	0,0% [0]	

Таким образом, для женщин более характерны такие осложнения цирроза печени алкогольного генеза, как варикозное расширение вен пищевода 3 степени, печеночная энцефалопатия 3 степени.

Выводы:

1. Для женщин более характерны такие осложнения цирроза печени алкогольного генеза, как варикозное расширение вен пищевода 3 степени, печеночная энцефалопатия 3 степени.

2. Для мужчин с циррозом печени были характерны такие биохимические изменения как повышение концентрации общего билирубина, общего креатинина и альфа-амилазы в крови.

Литература:

1. Hatami, B. Changing the cause of liver cirrhosis from hepatitis B virus to fatty liver / B. Hatami // Gastroenterol Hepatol Bed Bench. – 2017. - № 10. – S. 20-26.
2. Marcellin P. Liver diseases: A major, neglected global public health problem requiring urgent actions and large-scale screening. / P. Marcellin // Liver Int. – 2018. - № 38. – S. 2-6.
3. Sayiner, M. Epidemiology of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Nonalcoholic Steatohepatitis in the United States and the Rest of the World. / M. Sayiner // Clin Liver Dis. – 2016. - № 20. – S. 205-214.
4. Younossi, Z.M. The economic and clinical burden of nonalcoholic fatty liver disease in the United States and Europe / Z.M. Younossi // Hepatology. – 2016. - № 64. – S. 1577-1586.

ПРОГНОЗ И РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.¹, ПОЧТАВЦЕВ А.Ю.¹, КОРОЛЕНКО Г.Г.²,

САНКОВИЧ Е.В.², БЫЛЬ В.М.¹, КОРОЛЁВА И.И.¹

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск¹

²УЗ «10-я городская клиническая больница» Минск, Республика Беларусь²

Актуальность. Низкая приверженность к лечению – сложная проблема современной медицины, приводящая к снижению эффективности лечения, увеличению числа госпитализаций и повторных амбулаторных посещений врача, повышению неудовлетворенности пациента оказываемой медицинской помощью, а также необоснованному назначению дополнительных лекарственных препаратов. Невыполнение больными врачебных назначений ведёт к значительному увеличению стоимости лечения, как для пациента, так и для всей системы здравоохранения.

Цель работы: выявить влияние приверженности лечению на качество жизни, изучить развитие осложнений у пациентов, имеющих I и II типы сахарного диабета.

Материалы и методы. Набор материалов осуществлялся на базе двух отделений 10 ГКБ: отделение гнойной хирургии (ГЦ «Диабетическая стопа») и эндокринологическое отделение. В исследование было включено 84 пациента. Для оценки использовались следующие методы: сбор анамнестических сведений, оценка качества жизни пациентов, проведение клинико-лабораторных исследований.

Результаты. Общая характеристика группы представлена в таблице 1.

Табл. 1. Общая характеристика выделенных групп

Показатель	Гнойная хирургия (n=45)	Эндокринология(n=39)	Достоверность различий, p
Возраст, лет (M±SE)	65,6 ± 1,5	52,7 ± 2,8	p<0,05
Пол, муж (% [n])	42,2% [19]	43,6% [17]	p>0,05
Длительность заболевания	13 (5 – 23)	14 (8 – 17)	p>0,05
Сахарный диабет I тип (% [n])	8,9% [4]	38,46% [15]	p<0,05
Сахарный диабет II тип (% [n])	91,1%[41]	61,54%[24]	p<0,05
ИБС (% [n])	71,1%[32]	41%[16]	p<0,05
АГ (% [n])	75,56%[34]	74,4%[29]	p>0,05
ХСН (% [n])	22,2% [10]	5,13%[2]	p<0,05

Табл. 2. Посещение участковых врачей пациентами отделений

Показатель	Отделение гнойной хирургии(n=45)	Отделение эндокринологии (n=39)	Достоверность различий, p
<i>Посещение эндокринолога, % (n)</i>			
-не посещает	- 66,7% (30)	- 25,6% (10)	p<0,05
-1 раз в год	- 2,2% (1)	- 12,8% (5)	
-1 раз в 6 месяцев	- 2,2% (1)	- 2,6% (1)	
-1 раз в 3 месяца	- 24,4% (11)	- 33,3% (13)	
-1 раз в месяц	- 4,4% (2)	- 25,6% (10)	
<i>Посещение кардиолога, % (n)</i>			
-не посещает	- 91,1% (41)	-53,8% (21)	p<0,05
-1 раз в год	- 4,4% (2)	-30,7% (12)	
-1 раз в 6 месяцев	- 0% (0)	-7,7% (3)	
-1 раз в 3 месяца	- 2,2% (1)	-2,6% (1)	
-1 раз в месяц	- 2,2% (1)	-5,1% (2)	

Качество жизни пациентов в изучаемых отделениях представлено на рисунках 1 и 2.



Рис. 1 Качество жизни пациентов в отделении гнойной хирургии



Рис. 2 Качество жизни пациентов в эндокринологическом отделении

* $p < 0,05$ – статистически значимая разница

Выводы:

1. Пациенты гнойной хирургии реже посещают участковых врачей, что может говорить о низкой приверженности к лечению.
2. Приверженность к лечению у пациентов, госпитализированных в эндокринологическое отделение, выше.
3. Как следствие, в отделении гнойной хирургии качество жизни пациентов хуже.

АНАЛИЗ ВЕРОЯТНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.¹, ГОНЧАРИК Т.А.¹, САНКОВИЧ Е.В.², МАЗУР В.В.², ВАРАВА Н.К.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС) является серьезной экономической и социальной проблемой, выражающейся в высоком уровне заболеваемости и смертности. Прогнозирование поражения коронарного русла важно ввиду дифференцированного подхода к госпитализации в те лечебные учреждения, где возможно проведение хирургических методов реваскуляризации: стентирование, аортокоронарное шунтирование, проведение «гибридной тактики» [1,2,3]. Тактика ведения пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС бпST) влияет на прогноз заболевания.

Цель: выявить группу признаков, определяющих высокую вероятность и шанс мультисосудистого поражения коронарного русла у пациентов с ОКС бпST.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации 150 пациентов с ОКС бпST, проходивших стационарное лечение в УЗ «10 городская клиническая больница г. Минска» в период с 2016 по 2017 гг. Проанализированы результаты коронароангиографии (КАГ) всех пациентов, выполненной в течение первых 72 часов. Проведен анализ факторов, связанных со степенью поражения коронарных артерий. Среди них были выделены: возраст, инфаркт миокарда в анамнезе (ИМ), сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), стенокардия в анамнезе,

нарушение жирового обмена (НЖО), курение, дислипидемия. Проведена оценка факторов риска по шкале GRACE. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica10, Medcalc.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст - 69,6 [57;81] лет, мужчины - 58%, женщины - 42%. В зависимости от данных КАГ пациенты разделены на 2 группы: I группа (N=78) – однососудистое поражение коронарного русла; II группа (N=72) – многососудистое поражение. Проведен расчет отношения шансов – статистический показатель, отражающий, насколько отсутствие или наличие определённого исхода связано с присутствием или отсутствием определённого фактора в конкретной статистической группе. Для оценки значимости отношения шансов рассчитывались границы 95% доверительного интервала при помощи программы MedCalc.

Выявлено, что наличие СД, АГ, ХСН, НЖО, стенокардии, ИМ в анамнезе, курения > 10 лет, повышение тропонина (Т), дислипидемия значительно повышает шанс развития многососудистого поражения коронарных артерий (таблица 1).

Таблица 1. Встречаемость мультисосудистого поражения коронарных артерий у пациентов с различными факторами риска.

Признак	OR	95% CI	Значимо чаще встречается мультисосудистое поражение
Возраст > 55 лет	1,8	0,74 - 4,4	-
Повышение Т	4,11	2,04 - 8,24	+
НЖО	3,45	1,75 – 6,78	+
СД	3,26	1,58 – 6,71	+
ХСН	35,0	8,02 – 152,83	+
Курение > 10 лет	2,48	1,24 – 4,99	+

Признак	OR	95% CI	Значимо чаще встречается мультисосудистое поражение
Стенокардия	5,78	2,86 – 11,69	+
АГ	3,5	1,74 – 7,01	+
Дислипидемия	4,08	2,00 – 8,32	+
ИМ в анамнезе	35,46	12,55 – 100,2	+

Таким образом, к клиническим признакам, достоверно определяющий высокий относительный шанс прогнозирования мультисосудистого поражения коронарных сосудов относятся СД, АГ, ХСН, НЖО, стенокардии, ИМ в анамнезе, курения > 10 лет, повышение тропонина (Т). Для каждого пациента можно рассчитать вероятность наступления события (мультисосудистого поражения) по формуле с учетом возраста и выделенных параметров (ХСН, АГ, СД, дислипидемия, НЖО в анамнезе).

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}}, \text{ где } z = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_n x_n,$$

p – вероятность наступления события (значение 1 соответствует достоверному событию; невозможное событие имеет вероятность 0), x – значения зависимых переменных, b – коэффициенты, расчет которых является задачей бинарной логистической регрессии, a – некоторая константа. Например, для пациента в возрасте 55 лет, имеющем в анамнезе ХСН, АГ, СД, дислипидемию, НЖО, вероятность развития мультисосудистого поражения составляет.

$$z = 7,690 - 0,123x_{55} + 1,717x_1 + 1,092x_1 + 0,932x_1 = 4,666$$

$$p = \frac{1}{1 + e^{-4,666}} = \frac{1}{1,0094} = 0,9907$$

В данном случае вероятность развития мультисосудистого поражения достоверно высокая ($p=0,9907$).

Литература:

1. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME): Belarus [website] (<http://www.healthdata.org/belarus>, accessed 11 February 2017).
2. BELMAPO [website] (https://belmapo.by/assets/templates/files/perepodgotovka-povyshenie-kvalifikacii/con_plan2017.pdf, accessed 12 February 2017).
3. Горбачев В.В. Ишемическая болезнь сердца: учеб. пособие для слушателей системы последипломн. мед. образования / В.В. Горбачев. – Минск: Выш. шк., 2008. – 479 с.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ

АТРОЩЕНКО И.Е., ВОРОБЬЕВА Е.П., БАНЬКОВА Е.М., СУХИХ Ж.Л., ЗАБЛОЦКАЯ О.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Клинический пример.

Пациентка Д. 60 лет, обратилась на амбулаторный прием в связи со стойкой АГ без достижения целевых цифр АД. Из анамнеза известно, что она длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД до 200/100 мм рт. ст. Периодически принимает клонидин, постоянной гипотензивной терапии нет. В поликлинике у терапевта/кардиолога не наблюдается. В течение 7 лет страдает СД 2-го типа. Принимает метформин без контроля гликемии амбулаторно. При объективном осмотре: повышенного питания. Клинических данных, свидетельствующих о наличии сердечной недостаточности, нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18/мин. Клинику ИБС не описывает. Область сердца без изменений. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона на аорте, шумы не выслушиваются. АД 180/100 мм рт. ст., ЧСС 90 уд./мин. На ЭКГ – ритм синусовый. ЭОС горизонтальная. Вольтажные критерии гипертрофии миокарда левого желудочка.

В данном клиническом случае применялся стандартный алгоритм обследования с целью оценки сердечно-сосудистого риска (ССР): физикальный осмотр, сбор анамнеза, общий анализ крови, общий анализ мочи с оценкой микроальбуминурии, биохимический анализ крови, расчет скорости клубочковой фильтрации, ЭхоКГ, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, УЗИ почек, контроль АД амбулаторно с ведением

дневника, консультация эндокринолога. По результатам обследования был поставлен диагноз: Артериальная гипертензия 3 стадии, риск 4. Метаболический синдром (ожирение, АГ, дислипидемия IIб типа, СД 2-го типа). Гипертрофия ЛЖ. ХБП С3аА1.СД 2-го типа, средней степени тяжести, субкомпенсация. Диабетическая микроангиопатия, полинейропатия, нефропатия.

После оценки суммарного сердечно-сосудистого риска определяется индивидуальная тактика ведения пациента. Одним из первоочередных мероприятий является принятие решения о целесообразности начала антигипертензивной терапии (АГТ). Согласно современным рекомендациям ESC 2018 г., показания к АГТ определяются на основании величины ССР. Пациентам, имеющим высокий и очень высокий риск, АГТ назначается незамедлительно, вне зависимости от уровня АД. Целевым для пациентов с АГ является уровень АД <130/80 мм рт. ст. Однако проведенные исследования продемонстрировали важность строгого контроля АД для замедления прогрессирования ХБП и уменьшения риска ССЗ и смертности как у пациентов с СД, так и у больных с недиабетической нефропатией. Национальный почечный фонд и Американская ассоциация диабета пересмотрели рекомендации по контролю уровня АД для данной категории пациентов. Для пациентов с АГ, прогрессированием ХБП, с высоким риском ССЗ рекомендуется более строгий контроль АД – <130/80 мм рт. ст., для пациентов с АГ, ХБП и уровнем протеинурии >1 г/сут. – 125/75 мм рт. ст. С целью улучшения социального качества жизни пациента и нивелирования побочных явлений от назначения АГТ АД рекомендуется снижать постепенно. Первоначально АД снижается на 10–15% от исходного уровня за 2-4 нед. Далее темпы снижения АД определяются индивидуально, при этом необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых значений. Использование этапной схемы снижения АД с учетом индивидуальной

переносимости позволяет достичь целевого уровня АД и избежать эпизодов гипотонии, с которыми связано увеличение риска развития инфаркта миокарда и инсульта. В настоящее время иАПФ представлены большим спектром препаратов. При назначении средства всегда стоит учитывать его фармакокинетику для нивелирования возможных побочных эффектов. В представленном клиническом случае пациентке наряду с коррекцией образа жизни назначена комбинированная терапия из 3-х препаратов в полной дозе. Препаратами выбора у больной стал фиксированный препарат **трипликсам**. В течение 3-х дней у нее наметилась положительная динамика в виде снижения цифр АД до 160/90 мм рт. ст., к концу первой недели терапии АД достигло уровня 140/80 мм рт. ст. с хорошей переносимостью по ментальному и физическому статусу. Через 1 мес. на фоне немедикаментозных методов и медикаментозной терапии (постоянная АГТ, сахароснижающая) у пациентки наблюдалась стабильная положительная динамика в виде достижения целевых цифр АД (<130/80 мм рт. ст.); снижения массы тела на 3 кг; по данным биохимического анализа крови: СД в стадии компенсации, умеренное снижение уровня общего холестерина сыворотки крови (от исходных значений), уровень креатинина без нарастания, СКФ – 50 мл/мин/1,73 м².

Таким образом, фиксированная комбинация **трипликсам (в дозе периндоприл 10 мг, индапамид 2.5 мг, амлодипин 10 мг)** у пациентов с АГ, СД и ХБП позволяет достичь целевых уровней АД без усугубления нарушенного липидного и углеводного обмена и прогрессирования почечной дисфункции.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ТЕЛМИСАРТАНОМ

АТРОЩЕНКО¹ И.Е., ВОРОБЬЕВА Е.П.¹, БАНЬКОВА Е.М.¹,

ДЕГТЕРЕВА О.В.¹, ЗАБЛОЦКАЯ О.В.¹, СЕМЕНЯКО С.В.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

² УЗ «2-я городская клиническая больница» г.Минск

Современные рекомендации по лечению АГ относят блокаторы рецепторов ангиотензина II к 5 основным классам антигипертензивных препаратов, которые доказали свою способность не только снижать АД, но и уменьшать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Тот факт, что блокаторы рецепторов ангиотензина II заняли прочное место в ряду основных классов препаратов, во многом связан с результатами фундаментального исследования ONTARGET, в котором было установлено, что телмисартан не уступает по эффективности рамиприлу в отношении снижения риска развития ССЗ и смертности, но при этом обладает лучшей переносимостью у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. Сравнение с рамиприлом было обусловлено результатами исследования HOPE, которые продемонстрировали, что сердечно-сосудистый риск у пациентов, принимавших рамиприл, снижался на 20% в сравнении с плацебо, т.е. при приеме этого препарата предотвращалось каждое 5-е серьезное сердечно-сосудистое событие в группе пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

С учетом этого факта аналогичное свойство может считаться характерным и для телмисартана, поскольку результаты исследования ONTARGET также свидетельствовали о том, что прием препарата делает возможным предотвращение каждого 5-го серьезного сердечно-сосудистого

события. Таким образом, главному требованию, предъявляемому к антигипертензивным препаратам (снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности), удовлетворяет представитель класса блокаторов рецепторов ангиотензина II телмисартан. Важно отметить, что в исследовании ONTARGET были включены пациенты высокого риска старше 55 лет, поэтому результаты этого исследования экстраполируются в первую очередь на указанную популяцию, к которой, безусловно, относятся и женщины в постменопаузальном периоде. Как и все блокаторы рецепторов ангиотензина II, телмисартан, уменьшая активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, положительно влияет на метаболизм, так как способствует ускорению дифференцировки адипоцитов, что может замедлять развитие висцерального ожирения и повышать чувствительность тканей к инсулину. Положительное влияние блокаторов рецепторов ангиотензина II на показатели МС обусловлено еще и тем, что при ожирении, гиперинсулинемии и дислипидемии число АТ1-рецепторов и их чувствительность к ангиотензину II резко возрастают. Особые свойства телмисартана связаны с тем, что в отличие от других блокаторов рецепторов ангиотензина II препарат способен вызывать частичную активацию рецепторов PPAR- γ , которые играют важную роль в метаболизме глюкозы, обмене липидов, процессах пролиферации, а также в дифференцировке адипоцитов; их активация при применении телмисартана способствует повышению выработки адипонектина и уменьшению инсулинорезистентности, а также снижению уровня атерогенных липидов. В метаанализе, включавшем 10 исследований, в которых участвовало более 500 пациентов с АГ и МС, было выявлено, что телмисартан в дополнение к антигипертензивному эффекту способствует повышению чувствительности к инсулину, снижению уровня глюкозы натощак и повышению уровня адипонектина.

Полученные результаты демонстрируют разнообразные положительные влияния телмисартана на параметры АД, липидный спектр и органы-мишени у женщин с постменопаузальным МС, а также позволяют рекомендовать этот препарат к применению у данной категории больных.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АМЕРИКАНСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЕВРОПЕ И КАНАДЕ

*АТРОЩЕНКО И.Е.¹, АТРОЩЕНКО Е.С.², ВОРОБЬЕВА Е.П.¹, БАНЬКОВА Е.М.¹,
ДЕГТЕРЕВА О.В.¹, ЗАБЛОЦКАЯ О.В.¹, МАКОВСКАЯ А.А.³*

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

³ УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Согласно принятым в 2017 году рекомендациям АСС/АНА диагноз артериальной гипертензии должен выставляться при превышении САД и ДАД уровня 130/80 мм рт. ст, а не 140/90, как это было принято в мире ранее.

Таким образом, в США распространенность АГ среди взрослых увеличилась до 45,6% населения, в Канаде у лиц в возрасте от 18 до 64 лет – с 13,3% до 32,0%, у лиц старше 65 лет – с 55,3% до 71,8%, а необходимость интенсификации антигипертензивной терапии – с 51,0% до 85,8%, что было доложено EmestoL. Schiffkin из McGill университета в Монреале в марте 2019г. на заседании Комитета по диагностике и лечению АГ Канады. Уместно заметить особенную опасность АГ у лиц пожилого возраста. По данным публикаций в журнале *Vademecum* от 14 марта 2019 среднемировой возраст, для которого характерны старческие болезни составляет 65 лет, а россияне начинают стареть уже в 59 лет, занимая в этом плане 160-е место, белорусы в 60, украинцы в 57, чехи – в 65, американцы – в 68, англичане – в 70, французы и японцы – в 76 лет.

Энергичная профилактика основных факторов риска сердечно-сосудистых катастроф, особенно у лиц в возрасте от 65 лет. Дающих 2/3 кардиоваскулярных состояний в США, снизила риск коронарных событий с

1955 по 2014 на 38%, что выразилось в уменьшении числа госпитализаций на 4 млн. (из системы Medicare).

Но насколько хорош принцип снижения АД до уровня менее 130/80 мм рт. ст у лиц пожилого возраста, который американскими экспертами считается незыблмым? По данным магнитно-резонансного исследования и компьютерной томографии, выполненных в рамках программы Infinity (Intensive Versus Standard Ambulatory Blood Pressure Lowering to Lessen Functional Decline in the Elderly, march 25, 2019), выполнение этой рекомендации снижает гиперинтенсивность зон белого мозга, уменьшая тем самым повреждение этих зон. Согласно данным экспертов программ Hope-3 и Sprint Mind такая терапия замедляет прогрессирование когнитивных нарушений, но не способствует их восстановлению у лиц, перенесших инсульты (Enchanted) в возрасте от 70 лет. Профессора Кристофер Чен из Сингапура и Крейг Андерсон из Австралии считают, что на восьмом десятке уже поздно менять патофизиологические процессы, возникающие при АГ и гиперлипидемии, а профилактическое лечение нужно начинать не после 70 лет, а раньше.

По данным экспертов Nice (National Institute for Health and Care Excellence) большинство взрослых в возрасте около 80 лет, страдают АГ 1 стадии, не требующей интенсивной терапии. В проведении подобного лечения, по их мнению, нуждаются пациенты с АГ с сопутствующей хронической болезнью почек, с сердечно-сосудистым заболеванием, сахарным диабетом и кардиоваскулярным 10-летним риске, превышающем 10%. Последние диктуют необходимость проведения профилактических мер, снижающих этот риск.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

АТРОЩЕНКО И. Е.¹, АТРОЩЕНКО Е.С.², ВОРОБЬЕВА Е.П.¹,

БАНЬКОВА Е.М.¹, ПЕТРОВ С.А.¹, ЗАБЛОЦКАЯ О.В.¹

¹*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,*

²*РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь*

Уменьшение хроно- и инотропного отклика на бета адренергическую стимуляцию, наряду с инволюционным повышением жесткости сосудов мышцы сердца, имеет большое значение для использования многих медикаментов при лечении ХСН. Непонимание этого может закончиться для пациента с ХСН драматически. Для примера возьмем довольно обыденную жизненную ситуацию, когда врач общей практики направляет пациента в стационар в плановом порядке “прокапаться”. Если больным с ХСН, протекающей вследствие или на фоне диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ), повышать содержание внутрисосудистой жидкости, то жесткий миокард может оказаться неспособным адекватно среагировать на этот ее дополнительный объем. Результатом такого “лечения” может оказаться развившийся отек легкого – грозное осложнение острой сердечной недостаточности. С другой стороны, снижение объема циркулирующей внутрисосудистой жидкости при интенсивной диуретической терапии, особенно у лиц с низкой фракцией выброса (ФВ) ЛЖ, а также при использовании нитратов, ведущих к депонированию крови в периферических сосудах, также может существенно ухудшить состояние больного, поскольку способствует уменьшению ударного объема крови и сердечного выброса (OxenbaumH., ScharpeN., 2003).

Побочные реакции при приеме лекарств у пожилых возникают чаще и носят более тяжелый характер. При назначении лекарств лицам преклонного возраста следует учитывать следующее.

1. Абсорбция лекарств с возрастом существенно не нарушается, но общий объем в их организме снижен. Поэтому при введении водорастворимых лекарственных средств (например, лизиноприла) их концентрация может стать высокой, а при введении жирорастворимых лекарств (большинство ИАПФ, например, рамиприл, периндоприл и т.д.), наоборот, сниженной, что может потребовать коррекции используемых доз препаратов.

2. У лиц пожилого возраста наблюдается дисфункция почек, что может способствовать уменьшению скорости элиминации ряда лекарственных средств (большинство ИАПФ, дигоксина и др.)

3. С возрастом изменяется модифицирующая способность в отношении многих лекарств: сердечных гликозидов, диуретиков, антикоагулянтов и ИАПФ, что создает угрозу появления многих опасных побочных реакций. М.А. Гуревич (2008) свел основные причины опасных побочных реакций к следующим:

- замедление распределения, что связано нередко с гипоальбуминурией, снижением органного кровотока, уменьшением межклеточной жидкости и увеличением массы жировой ткани;
- снижение скорости трансформации, которая объясняется уменьшением активности печеночных ферментов и кровотока в печени;
- замедление метаболизма при первом пассаже лекарства.

При использовании БАБ их осторожное титрование до эффективных доз у пожилых диктуется не только потенциальной опасностью отрицательного инотропного действия на миокард, но и возможными последствиями значительного урежения ЧСС. Назначение ряда БАБ ведет к

ухудшению времени релаксации ЛЖ, “отдыха” сердечной мышцы, когда происходят метаболически активные процессы по восстановлению ее энергетических способностей. Они так же обладают профилактическим антиаритмическим эффектом. Это принципиально важно именно для пожилых, поскольку у них он нередко оказывается токсичным. Последнее обстоятельство служит причиной его отмены более, чем у 40 % больных ХСН пожилого возраста.

При назначении ИАПФ пожилым пациентам особую осторожность нужно соблюдать при дисфункции почек (ДП) – явлении не редком в старости, особенно если уровень креатинина превышает 200 ммоль/л. При наличии подагры, также способной вызвать ДП, особенно часто обостряющейся при использовании диуретиков, предпочтение следует отдавать антагонистам к рецепторам ангиотензина-2 (АРА) 1 типа, например, лозартану или вальсартану.

Как мы отмечали выше, при назначении обязательных для лечения ХСН препаратов – иАПФ, АРА(сартаны), при ДД ЛЖ были достигнуты разочаровывающие результаты. В частности, при назначении АРА лицам в возрасте старше 65 лет с ФВ ЛЖ выше 45% в течение 6 лет огромному числу пациентов (n= 10570 человек) не улучшило прогноз течения ХСН (OPTIMIZE-HF: Patel K. et al., 2012). Аналогичные данные получены и при использовании ирбесартана (CHARM-Preserved: Massie B.M. et al., 2008; I-Preserve: Yusuf S. et al., 2008).

В такой ситуации выходом для успешной терапии пожилых больных с ХСН с ДД ЛЖ видится применение метаболически активной терапии, прямо не влияющей на основные гемодинамические параметры, но улучшающие метаболизм КМЦ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

АТРОЩЕНКО И.Е., ЗАБЛОЦКАЯ О.В., ВОРОБЬЕВА Е.П.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

Наиболее частыми причинами сочетания артериальной гипертензии (АГ) и дисфункции почек в популяции является развитие гипертонической нефропатии и вторичная почечная АГ. Возможно также и самостоятельное развитие заболеваний почек у пациентов, страдающих в течении нескольких лет эссенциальной АГ.

Хроническая болезнь почек (ХБП) - это понятие, которое объединяет всех пациентов с признаками повреждения почек или значительным снижением их функции (скорость клубочковой фильтрации(СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м²), сохраняющимися в течении 3-х и более месяцев. ХБП является самостоятельной причиной развития эндотелиальной дисфункции, ремоделирования миокарда и артерий, нарушения обмена (пуринового, липидного, углеводного, фосфорно-кальциевого, водно-электролитного). Наиболее частые причины развития ХБП: АГ, сахарный диабет, метаболический синдром, подагра, лекарственные поражения почек (злоупотребление обезболивающими), урологические заболевания, эпизоды эклампсии и острой почечной недостаточности в анамнезе, малая масса почек при рождении, употребление пищевых добавок (женщинами для снижения веса, мужчинами для наращивания мышечной массы), работа с органическими растворителями, гиподинамия.

В процессе прогрессирования ХБП и снижения функции почек отмечается увеличение как систолического артериального давления (САД), так и диастолического артериального давления (ДАД). Причина роста САД

происходит в большей мере за счет ремоделирования и кальциноза магистральных артерий, со снижением их эластичности вследствие нарушения фосфорно-кальциевого обмена и воздействия уремических токсинов. Таким образом, тяжесть АГ при ХБП, в первую очередь определяет САД.

САД, как целевой показатель при лечении АГ с дисфункцией почек, имеет узкий диапазон для мониторинга (140(130) до 110, в зависимости от величины протеинурии), поскольку снижение кровоснабжения почек также негативно сказывается на функции почек, как и повышенное системное давление. Считается, что эпизоды ночной гипотонии опасны для почек также, как и гипертонические кризы.

По результатам ряда крупных контролируемых исследований получены доказательства, что даже легкая дисфункция почек у пациентов с ранними стадиями ХБП способна увеличивать риск развития ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых осложнений, заметно ухудшая качество и прогноз жизни таких пациентов. Для оценки функции почек целесообразно использовать калькулятор определения СКФ по формуле СКД-ЕРІ и тест на альбуминурию, чем ниже СКФ, тем выше риск сердечно-сосудистых осложнений (инсультов и инфарктов). Для повышения эффективности лечения ХБП: необходимо проводить скрининг пациентов с выделением групп риска и в данных группах применять ренопротективную стратегию, направленную на предотвращение развития кальциноза сосудов. С этой целью начинать медикаментозное лечение пациентов с АГ и дисфункцией почек рекомендовано с этиотропной патогенетической терапии почечного заболевания, с учетом дополнительной коррекции липидного, пуринового и фосфорно-кальциевого обменов, в сочетании с антигипертензивными и кардиопротективными лекарственными средствами. В рекомендациях по питанию таким пациентам необходимо

соблюдение диеты с низким содержанием поваренной соли (менее 4-5 грамм соли в сутки) и низким содержанием белковой пищи (0,8-0,6г/кг, 0,6-0,3 г/кг) под контролем питательного статуса и качества жизни.

В рекомендациях по лечению и диагностике АГ Европейского общества кардиологов предложен алгоритм начала лечения АГ, в том числе и в сочетании с ХБП, в приоритетном назначении фиксированной комбинации: два препарата в одной таблетке (и АПФ (БРА) с тиазидным диуретиком или антагонистом кальция).

С целью нефропротекции используют блокаторы РААС (иАПФ, БРА, ИР), которые устраняют спазм выносящей артериолы и ишемию тубулоинтерстиция, снижают протеинурию и реабсорбцию натрия, подавляют синтез воспалительных цитокинов и профибриновых факторов. Эффект от лечения блокаторами РААС наступает спустя 2-3 месяца от начала и достигает максимума к 6-му месяцу.

Для повышения эффективности блокаторов РААС необходимо более раннее их назначение, а именно на стадии ХБП С1, С2, применение адекватно высоких доз в сочетании с назначением мочегонных (12,5 мг гидрохлортиазида, 10-20 мг фуросемида, 5 мг торасемида).

В дальнейшем при снижении функции почек у пациентов возрастает риск нежелательных реакций при назначении и АПФ, БРА, ИР, тиазидных мочегонных, поскольку изменяется фармакокинетика гидрофильных антигипертензивных препаратов, возникает опасность их передозировки и развитию жизнеугрожающих осложнений.

КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ БЕЛАРУСИ

БАЙДА А.В., ВОРОНИНА Л.П., КУЗНЕЦОВА Н.Б., МИХАЛЮК Р.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Увеличение доли пожилых людей в общей численности населения остается одной из наиболее серьезных проблем современного общества. Согласно данных Организации Объединенных Наций в 2018 году количество жителей планеты старше 60 лет превысило 900 млн. человек, наполовину превышая данные 2000 года. В период до 2030 года ожидается рост количества пожилых людей еще более чем на 50%, при этом около 8 - 10% составят лица старше 85 лет.

Для Республики Беларусь коэффициент старения населения (удельный вес лиц старше 65 лет в структуре всего населения в процентах) в 2018 г. составил около 20%. Величина данного показателя (более 7%) свидетельствует о том, что население республики относится к старому. Поиск методов оценки особенностей старения является перспективной задачей, решение которой позволит характеризовать и оценивать состояние здоровья в разных возрастных группах.

Проведено обследование 553 мужчин и женщин старше 60 лет. Изучены клинико-фенотипические показатели пациентов, включавшие в себя оценку их антропометрических, клинико-функциональных данных, а также проанализированы некоторые средовые факторы (место проживания, состав семьи, наследственность, социальное взаимодействие пациентов).

Анализ клинико-фенотипических показателей пациентов старших возрастных групп показал, что способность к продуктивному контакту остается достаточно высокой у всех обследованных, несколько снижаясь с

увеличением возраста (95% у пожилых, 84,7% в старческой возрастной группе и 72,4% у долгожителей).

Пациенты, происходившие из рода долгожителей (продолжительность жизни родителей более 85 лет) имели более сохраненные когнитивные функции, а в структуре заболеваемости имели меньшее количество сопутствующей патологии.

При анализе антропометрических показателей обследуемых отмечено, что средние значения ИМТ выше нормальных величин во всех группах.

У пациентов всех групп отмечалось наличие сопутствующих заболеваний. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы, причем в старческой возрастной группе ИБС имели место в 96% случаев (у пожилых – 80%, у долгожителей – 88%). АГ чаще встречалась у людей старческой возрастной группы (49%), снижаясь в группе долгожителей до 36%.

Одной из частых была патология опорно-двигательного аппарата, причем наиболее широко она проявлялась в старческой возрастной группе (52,2%).

Патология мочеполовой сферы достаточно часто присутствовала у пожилых и людей старческого возраста (32% и 32,5%), значимо снижаясь у долгожителей (22%).

Заболевания эндокринной системы (СД 2 типа) наиболее часто встречались у людей старческой группы (23%) и имели примерно одинаковую распространенность у пожилых и долгожителей (15% и 16% соответственно).

Онкологические заболевания также наиболее часто встречались в старческой группе (18%), и значительно меньше в других возрастных группах - (6% у долгожителей и 12% у пожилых).

Поражения органов пищеварения встречались одинаково часто во всех возрастных группах, и составляли от 12 до 13%.

Выводы:

Проживание в семьях, активный образ жизни способствуют сохранению и поддержанию когнитивных функций у людей старшего возраста.

Наследственные факторы играют роль в поддержании когнитивного и физического статуса людей старших возрастных групп: так, пациенты, происходившие из рода долгожителей, в структуре полиморбидности имели меньшее количество заболеваний и были более когнитивно и физически сохранными.

Избыточная масса тела и ожирение, часто встречающееся у людей старших возрастных групп, а также курение, являются важнейшими модифицируемыми факторами риска развития и поддержания многих социальнозначимых заболеваний, особенно патологии сердечно-сосудистой системы. Их профилактика (изменение образа жизни, отказ от вредных привычек и пр.) будет способствовать снижению заболеваемости и увеличению продолжительности жизни.

Таким образом, обеспечение здорового, благополучного старения – один из важнейших вопросов государственной социальной политики. Забота о здоровье лиц пожилого возраста предполагает обеспечение их общего благополучия, которое строится на взаимосвязи физических, психических, духовных, социальных, экономических и других факторов.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

БАЙДА А.В., ВОРОНИНА Л.П., КУЗНЕЦОВА Н.Б., МИХАЛЮК Р.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время в мире число людей в возрасте 60 лет и старше, по сравнению с 1980 г., удвоилось. В Республике Беларусь коэффициент старения населения составил более 15 %. Старение населения ставит задачи укрепления здоровья и расширения функциональных возможностей пожилых людей для увеличения периода активной, полноценной жизни человека.

Цель работы: изучить особенности течения артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца у лиц пожилого возраста и разработать способ вторичной профилактики путем коррекции пищевого статуса данной категории населения.

Объекты исследования: состояние здоровья лиц пожилого и старческого возраста.

Методы исследования: антропометрические, клиническо-функциональные, биохимические, статистические.

Проведено обследование 203 мужчин и женщин старше 60 лет, страдающих артериальной гипертензией и\или ишемической болезнью сердца (ИБС).

Обследование состояния здоровья в связи с характером питания включало антропометрические, физиологические, клиническо-инструментальные, биохимические исследования. По комбинации показателей ИМТ и окружность талии оценивали риск болезней системы кровообращения.

Анализ процентильного распределения обследованных лиц в зависимости от ИМТ показал, что более 75 % обследованных мужчин и женщин 60-75 лет имели избыточную массу тела и ожирение.

Общими характеристиками рационов мужчин и женщин в основной группе и в группе сравнения являлись:

- повышенное содержание белков животного происхождения в структуре общих белков;
- повышенное абсолютное количество общих жиров;
- высокое содержание общих жиров относительно энергетической ценности (ЭЦ) рациона (34,6 % ЭЦ – 39,5 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 25-30 % ЭЦ)
- высокое содержание насыщенных жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (14,0 % ЭЦ – 16,2 % ЭЦ при рекомендуемом уровне не более 10 % ЭЦ);
- удовлетворительное содержание полиненасыщенных жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (6,1 % ЭЦ – 8,9 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 6-10 % ЭЦ);
- удовлетворительное содержание ω -6 жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (содержание линолевой кислоты 6,5 % ЭЦ – 8,1 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 5-8 % ЭЦ);
- сниженное содержание ω -3 жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (менее 0,5 % ЭЦ – менее 0,8 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 1-2 % ЭЦ);
- сниженное содержание углеводов за счет недостаточного количества сложных углеводов, в том числе пищевых волокон (особенно в рационах женщин);
- высокое содержание пищевого холестерина (0,3-0,7 г при рекомендуемом уровне не более 0,3 г);

- сниженное содержание в рационах витаминов группы В, Д, С, кальция, магния, цинка, достаточное содержание железа, повышенное – фосфора.

Результаты выполненных исследований свидетельствуют, что питание лиц пожилого и старческого возраста нуждается в коррекции по следующим направлениям:

- коррекция дисбаланса белкового компонента рационов – уменьшение содержания белков животного происхождения до 50-55 % от общих белков, при обеспечении соответствия количества общих белков рекомендуемым уровням;

- уменьшение количества общих жиров в рационе до рекомендуемых уровней за счет насыщенных жиров;

- коррекция дисбаланса жирных кислот в рационе – уменьшение содержания насыщенных жиров до 8-10 % от энергетической ценности рациона; увеличение содержания омега-3 жирных кислот до 1-2 % от энергетической ценности;

- увеличение количества углеводов в рационах до рекомендуемых уровней за счет сложных углеводов, пищевых волокон, клетчатки, при уменьшении моно- и дисахаров;

- увеличение содержания в рационах витаминов группы В, Д, С;

- увеличение содержания в рационах кальция, магния, цинка, уменьшение – натрия.

Проведенные исследования и полученные данные позволят сократить время, необходимое для формирования сбалансированных по пищевым веществам и адекватных потребности организма в пищевых веществах и энергии норм питания для возрастной категории населения в организациях, в которых осуществляется питание по определенным нормам.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ АНГИОПАТИЯ В ВИДЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., СОЛОВЬЕВ Е.В., АПАНЬКО А.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Сахарный диабет (СД) — хроническое заболевание, которое развивается вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона поджелудочной железы инсулина. По данным мировой статистики, в настоящее время сахарным диабетом страдает от 2 до 4% населения. По заключению экспертов Всемирной Федерации диабета, в 2017 году насчитывалось около 425 миллионов человек с сахарным диабетом, из них в РБ около 287 тысяч человек. Ожидается, что к 2030 г. глобальная распространенность сахарного диабета достигнет 450 миллионов человек.

На сегодняшний день первичным звеном в патогенезе осложнений сахарного диабета считается развитие нейропатии, после этого развивается ангиопатия, остеоартропатия и присоединяется вторичная инфекция. Значимость поражения сосудистого русла при СД 2 заключается в развитии диабетической ангиопатии, что значительно увеличивает риск цереброваскулярных заболеваний.

К основным факторам риска развития инсульта, помимо артериальной гипертонии, атеросклеротического поражения сосудов головного мозга и сердечно сосудистых заболеваний, относится сахарный диабет.

Цель: изучить осложнения со стороны сосудов головного мозга у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Материалы и методы. В 2017 г. во 2 хирургическом отделении 5 ГКБ на стационарном лечении находилось 2165 пациентов. Из них 223 имели в

анамнезе сахарный диабет 2 типа. Изучив медицинские карты этих пациентов, у 8,52% (19 из всех случаев) была патология сосудов головного мозга в виде ОНМК. Далее все значения приведены касательно пациентов именно с этой патологией.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов больше половины были женщины (57,9%). Пациенты пожилого возраста составили наиболее многочисленную группу пациентов (42,1%). Длительность нахождения в стационаре у данных пациентов колебалась от 11 до 31 дней. А стаж диабета находился в диапазоне от 10 до 27 лет.

Все исследуемые пациенты лечились в стационаре с осложнениями, которые были представлены в виде диабетической ангиопатии, трофической язвы на голени (преимущественно в нижней трети), сухой гангреной пальцев нижней конечности, очаговыми сухими некрозами на дистальных отделах пальцев стоп. Именно с этими осложнениями связана активность пациентов. Среди исследуемых лиц после случая ОНМК 4 утратили активность (осложнение – сухая гангрена пальцев нижней конечности, очаговые сухие некрозы на дистальных отделах пальцев стоп), 8 из них с трофическими язвами на голени передвигались с трудом (при помощи вспомогательных средств), а 7 сохранили активное положение (осложнение – диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей).

При лечении диабетиков, перенесших инсульт, практикующий врач сталкивается с рядом проблем. Во-первых, это связано с необходимостью более тщательного мониторинга уровня глюкозы крови. Коррекция уровня глюкозы в крови проводится двумя способами: пероральные сахаропонижающие препараты и инсулинотерапия. Подавляющее количество пациентов принимали пероральные препараты.

Кроме того, у пациентов, длительно страдающих СД, имеются, как правило, другие поражения внутренних органов, вызванные сахарным диабетом, что также следует учитывать в ходе комплексной терапии.

Среди пациентов исследуемой группы все страдали ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией. У большинства наблюдался облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, что также является сосудистой патологией. Заболевания легких, диабетическая нефропатия и другие заболевания отмечались у меньшего количества пациентов.

Из анамнеза пациентов выяснилось, что после возникновения признаков сердечно-сосудистого заболевания, 89,5% (17 чел.) крайне нерегулярно и бессистемно принимали антигипертензивные препараты и дезагреганты, так как не чувствовали повышения АД и не осуществляли лабораторный контроль. Только 2 человека лечили сосудистые заболевания подобающим образом.

Сахарный диабет выявлялся у пациентов, когда они обращались с жалобами на осложнения ИБС и АГ, в результате которых и случился инсульт. У подавляющего количества (17 человек) в анамнезе прослеживался ишемический инсульт, случившийся в диапазоне 9-16 лет от начала развития сахарного диабета.

Выводы:

1. Пациенты, страдающие СД, подвержены осложнению в виде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в 8,52% случаев.

2. У большинства пациентов ОНМК развился на фоне перорального приема сахаропонижающих препаратов, которые не могут адекватно корректировать нарушения обмена веществ при сахарном диабете.

3. Диабетическая ангиопатия в виде поражения сосудов головного мозга является грозным осложнением течения сахарного диабета в течение 5 лет от начала заболевания диабетом.

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

*БОЙКО А.В., ПОНОМАРЕВ В.В., ЗАФРАНСКАЯ М.М.,
НИЖЕГОРОДОАВА Д.Б., ИГНАТОВИЧ Т.В., АДАМОВИЧ А.Ю.*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск.

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) является хроническим прогрессирующим мультисистемным нейродегенеративным заболеванием, которое значительно ограничивает трудоспособность и самообслуживание. Традиционно развитие болезни Паркинсона связывали с дегенерацией нейронов черной субстанции. Исследования последних лет демонстрируют участие и других факторов (стрессы, нейровоспалительные реакции, гормональные, иммунологические и циркадные нарушения) в развитии и прогрессировании болезни [1, 2]. При этом остаются неизученными клинические результаты взаимодействия этих факторов, а также их влияние на прогрессирование заболевания.

Цель. Определить уровень цитокинов (IL-1 β (провоспалительный цитокин), IL-10 (противовоспалительный цитокин)) в сыворотке и ликворе.

Материалы и методы. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ГУО БелМАПО (протокол №3 от 02.10.2017г.) и УЗ 5ГКБ (№98 от 05.05.2017 и №133 от 15.01.2019). Уровни кортизола, IL-1 β и IL-10 были определены с использованием панели ELISA (Vector-Best, Российская Федерация).

Основная группа (пациенты с БП, ОГ) составила 72 человек (32 муж., 40 жен.; возраст 63,8 [58.1-69,4] лет, которые находились на стационарном лечении в неврологических отделениях учреждения здравоохранения «5-я городская клиническая больница» г. Минска (УЗ 5-я ГКБ, главный врач – М. Ф. Назарчук). У лиц ОГ были определены три основные формы БП: дрожательно-ригидная – 22 человека (30,5%), ригидно-дрожательная – 23

(32%) и акинетико-ригидная – 27 (37,5%). В результате объективной оценки выраженности и локализации моторной симптоматики число пациентов с 1,5 стадией по шкале Хенаи Яра составило 14 человек, с 2-й стадией – 17, с 2,5 стадией – 21, с 3-й стадией – 20 человек.

Контрольную группу (КГ) составили 11 пациентов (мужчины:женщины=2.7:1; возраст 60,9 [55.8-67,4] лет), которые поступали в УЗ 5-я ГКБ на плановое хирургическое лечение (грыжесечение или пластика малого таза под перидуральной анестезией).

Полученные клинические и лабораторные данные подвергли статистической обработке с использованием непараметрических методов статистики. Использовали программный пакет «STATISTICA 6.0» для персонального компьютера. Уровень значимости p принимали равным 0,05.

Различия по возрасту между ОГ и КГ не носили статистически значимый характер ($p>0,05$), что говорит об однородности исследуемых групп по данному признаку.

Полученные результаты. IL-1 β был обнаружен во всех образцах ОГ и КГ. Уровень IL-1 β (медиана) в ОГ был в сыворотке 2,01 pg/ml [1,62; 3,08], в ликворе – 2,41 pg/ml [2,04; 2,93]; в сыворотке лиц КГ – 2,62 pg/ml [2,08; 2,93], а в ликворе – 2,92 pg/ml [2,41; 4,51]. Различия в обоих случаях являются статистически не значимыми ($p>0,05$).

IL-10 в сыворотке присутствовал, согласно результатам лабораторного анализа, в 90,3% случаев ОГ и в 100% случаев КГ. В ликворе пациентов ОГ и КГ IL-10 был определен во всех образцах. Уровень IL-10 (медиана) в ОГ был в сыворотке – 0,51 pg/ml [0,22; 0,79], в ликворе – 0,97 pg/ml [0,49; 1,6]; в сыворотке лиц КГ – 1,32 pg/ml [0,73; 3,22], ликворе – 0,83 pg/ml [0,52; 1,2]. Различия по уровню IL-10 только в сыворотке носят статистически значимый характер ($p\leq 0,05$).

Заключение. Исследование показало, что уровень IL-10 в сыворотке возможно рассматривать как один из маркеров текущих нейровоспалительных процессов у пациентов с болезнью Паркинсона. Дальнейшие исследования необходимы для подтверждения или опровержения данного факта, а также для того, чтобы определить возможные отличия в уровнях IL-1 β и IL-10 среди пациентов с БП с разным типом прогрессирования заболевания. Наши результаты не могут быть обобщаемыми, так как все наши пациенты были европеоидами, и все они были из специализированного неврологического стационара.

Литература:

1. Scalzo P, Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Serum levels of interleukin-6 are elevated in patients with Parkinson's disease and correlate with physical performance. *Neuroscience Letters*. 2010;468:56–58. doi: 10.1016/j.neulet.2009.10.062.
2. Ouchi Y, Yagi S, Yokokura M, Sakamoto M. Neuroinflammation in the living brain of Parkinson's disease. *Parkinsonism and related Disorders*. 2009;15 (Suppl 3):S200-204. doi: 10.1016/S1353-8020(09)70814-4.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

ВАЩЕНКО Е.Н.

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г.Гомель, Беларусь

Цель исследования - проведение анализа взаимосвязи компенсации, показателей липидного спектра и андрогенного статуса у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 типа в зависимости от стажа диабета.

Материалы и методы

Обследовано 70 мужчин с СД 1 типа от 20 до 40 лет (средний возраст $35,8 \pm 8,2$ лет) со стажем заболевания более 1 года. Контрольную группу составили 50 практически здоровых мужчин от 21 до 40 года (средний возраст $34,6 \pm 7,8$). Компенсация СД оценивалась по уровню гликированного гемоглобина (HbA_{1c}). Также оценивались показатели липидного спектра (общий холестерин, триглицериды), общего тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактина, секс-связывающего глобулина, гомоцистеина. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного пакета Microsoft Excel 2007, (SPSS 17.0).

Результаты

Установлено, при отсутствии компенсации у пациентов с СД 1 типа (HbA_{1c} $8,3 \pm 1,4\%$) с увеличением стажа диабета отмечалось увеличение индекса массы тела: группа с СД <10 лет $24,6 \pm 3,9 \text{ кг/м}^2$, группа с СД >10 лет $27,6 \pm 4,4 \text{ кг/м}^2$ ($p=0,01$), прогрессирование нарушений липидного обмена (увеличение уровня триглицеридов: $1,4 \pm 1,1 \text{ ммоль/л}$ против $3,7 \pm 1,3 \text{ ммоль/л}$ в группе с СД >10 лет ($p=0,01$)). Не было выявлено различий в уровнях общего тестостерона, ЛГ, ФСГ, пролактина, секс-связывающего глобулина, гомоцистеина. Отсутствие нарушений андрогенного статуса и изменений

уровня гомоцистеина вероятно обусловлено молодым возрастом пациентов, небольшим превышением массы и отсутствием снижения СКФ.

Выводы

Выявленные изменения являются важными факторами риска развития и прогрессии кардиоваскулярных заболеваний и требуют адекватных мероприятий, включающих коррекцию массы тела и вторичной дислипидемии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В СВЯЗИ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ Е.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Юхновка, Минская обл., Республика Беларусь

Введение. За последние годы в Республике Беларусь проделана определенная работа по улучшению ревматологической помощи населению. Созданы республиканский, областные и Минский городской ревматологические центры, развернута сеть ревматологических коек и кабинетов в поликлиниках; освоены и внедрены новые клиничко-иммунологические, биохимические и инструментальные методы исследования, что повысило уровень диагностики ревматических заболеваний.

Вместе с тем, в организации медицинской помощи больным ревматическими заболеваниями в республике имеются существенные недостатки. В частности, плохо налажена реабилитационная помощь больным ревматологического профиля, так как такая помощь пациентам включает целый ряд комплексных мероприятий.

Таким образом, **целью** исследования явилась разработка программ комплексной медицинской реабилитации пациентов с системным склерозом, системной красной волчанкой, подагрой.

Материалы и методы. Для достижения поставленной в исследовании цели проведено клиничко-инструментальное обследование 193 пациентов системной красной волчанкой, системным склерозом, подагрой.

Из них: 47 (24,4%) пациентов – с системной красной волчанкой (СКВ), 44 (22,8%) пациента – с системной склеродермией (СС), 102 (52,8%) пациента – с подагрой. Средний возраст больных составил 54,5±0,5 лет.

Пациенты обследовались на основании программ реабилитационно-экспертной диагностики для пациентов с СКВ, СС, подагрой, разработанных с учетом клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с заболеваниями ревматологического профиля, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и дифференцированных по четырем функциональным классам (ФК), что необходимо для проведения реабилитации в соответствии с ФК нарушений функций систем организма, вовлеченных в патологический процесс.

Результаты исследования. В ходе выполнения задания в соответствии с ранее сформированном перечнем мероприятий медицинской, физической, психологической реабилитации, мероприятий физиотерапии для пациентов с системным склерозом, системной красной волчанкой, подагрой были разработаны программы комплексной медицинской реабилитации.

Для формирования программ реабилитационной помощи пациентам с ревматическими заболеваниями необходимо для каждого пациента в силу сложившейся для каждого пациента ситуации в состоянии здоровья провести следующие мероприятия:

а) Установить клинико–функциональное состояние пациента в совокупности с оценкой его профессиональных возможностей, провести профессиографический анализ для данной категории пациентов в соответствии с разработанными стандартами реабилитационно-экспертной диагностики.

б) Установить критерии основного реабилитационного воздействия.

г) Определить потенциал компенсаторных возможностей пациента - реабилитационный потенциал.

д) Определить нуждаемость в реабилитационных мероприятиях – составить индивидуальную программу реабилитации на основании комплексных программ реабилитации.

Для формирования программ медицинской реабилитации разработаны основные критерии воздействия реабилитационных мероприятий при системном склерозе, системной красной волчанке, подагре.

Стандартизация в реабилитации ревматологических пациентов (являющаяся одним из приоритетов современной реабилитологии) предусматривает определение обязательных этапов реабилитации, задачи каждого этапа, объем реабилитационной помощи на этапах, четкие показания к проведению каждого этапа.

Разработанные и используемые нами стандартизированные программы реабилитации больных с заболеваниями ревматологического профиля в краткой форме и наглядно отражают весь курс реабилитационных мероприятий в целом и отдельные его этапы, дифференцированные в зависимости от категории больных, фазы реабилитации: амбулаторно-поликлинической или стационарной. Структурно они содержат степень выраженности нарушений, методы обследования, которые разделены на обязательные и дополнительные, необходимые для оценки динамики восстановления нарушений в процессе реабилитации. Подробно представлен объем реабилитационной помощи, количество процедур, продолжительность отдельных процедур, время проведения, и предполагаемый конечный результат.

Заключение: Внедрение стандартных режимов реабилитации больных направлено на унификацию в организации реабилитации в Республике Беларусь.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СВИНЦА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ

ГЕРМЕНЧУК И.А., КРУМКАЧЕВА А.Ю., ГРИБ В.М.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Среди профессиональных заболеваний, связанных с воздействием химических факторов, одним из ведущих в Республике Беларусь является интоксикация соединениями свинца. В Белоруссии отсутствуют первичные источники добычи свинца, но при этом металл и его соединения широко используются в различных отраслях промышленности, производстве и применении красок, хрусталя, керамических изделий, утилизации электробатареек, аккумуляторов.

Свинец – это высокотоксичный яд кумулятивного действия. 90% его депонируется в костях, вытесняя кальций, оставшаяся часть циркулирует в крови и может находиться в паренхиматозных органах. Из депо свинец рециркулирует в кровь, приводя к хронизации и обострению отравления. По уровню свинца в костной ткани можно судить о длительном суммарном воздействии, а концентрация в крови говорит о текущем воздействии и метаболической активности его в организме. Выводится свинец из организма всеми биологическими жидкостями, преимущественно с мочой, секретами желудочно-кишечного тракта. Свинец – преимущественно поражает систему крови, нервную, гепато-билиарную и репродуктивную системы. Свинец тиотропный яд, угнетающий активность ферментов, содержащих SH-группы, в частности снижается активность ферментов порфириновой цепочки. В этой связи в крови и моче повышается содержание Δ -аминолевулиновой кислоты (Δ -АЛК), снижается содержание гемоглобина в эритроцитах. Развивающаяся гемоглобиномия сопровождается повышением уровня сывороточного железа.

В ответ на ускоренную гибель зрелых эритроцитов активизируется эритроцитоз, что сопровождается развитием ретикулоцитоза и увеличению количества эритроцитов с базофильной зернистостью. Учитывая доклинический этап хронической профессиональной свинцовой интоксикации, важно определять лабораторные диагностические маркеры отравления у лиц, работающих на свинцовоопасных производствах с проведением провокационной выделительной пробы с унитиолом. Свинец оказывает выраженное негативное действие на нервную систему. Характерно развитие у работающих дистальной полинейропатии сенсорного, двигательного и смешанного характера.

Предмет исследования и методы. Исследования включали: изучение документации, историй болезни, физикальных данных, а также результатов клинико-лабораторных показателей в динамике у 11 пациентов с хронической профессиональной интоксикацией свинцом. У них определяли содержание свинца, уровень Δ -АЛК в суточной моче, а в общем анализе крови – содержание ретикулоцитов и эритроцитов с базофильной зернистостью. Среди обследованных лиц мужчин было 8, женщин – 3. В основном это были рабочие Минского автомобильного завода: рихтовальщики и маляры. Остальные работали: разделщиком лома цветных металлов, колористом на Лидском лакокрасочном заводе, составителем шихты для производства хрусталя на Борисовском хрустальном заводе, наборщиком шрифта в типографии. Возраст пациентов колебался от 46 до 63 лет. Стаж работы с профвредностью составляли у 1 чел. -10 лет, у 2-х – 12 лет, у 2-х – 14 лет, а у 6 колебался от 17 до 28 лет. Все пациенты имели право выхода на пенсию досрочно.

Результаты и их обсуждение. По данным санитарно-гигиенической характеристики все пациенты работали во вредных условиях, где содержание свинца в воздухе рабочей зоны превышало ПДК. Время воздействия вредных

факторов составляло от 60% до 100% рабочего времени в смену. Наряду с парами свинца на рабочем месте установлено превышение уровня шума, местной вибрации, пыли, а у маляра – органических растворителей. У обследованных выявлены сопутствующие заболевания: АГ, язва 12-перстной кишки, хронический пиелонефрит, хронический бронхит, анемия. В анализах крови у обследованных выявлен ретикулоцитоз от 2,6% до 3,4%, а содержание эритроцитов с базофильной зернистостью повышалась до $14 \cdot 10^9$ зрелых Ег. Анемия с уровнем Hb от 95 до 109 г/л выявлена у одного пациента при нормальном содержании сывороточного железа. Главным лабораторным проявлением свинцовой интоксикации было достоверное повышение уровня Δ -АЛК, с положительной динамикой в процессе наблюдения. Плюмбурия была нестойкой. Достоверное повышение содержания свинца в моче отмечено только при проведении выделительной провокационной пробы.

Всем больным установлен диагноз легкого течения хронической профессиональной интоксикации свинцом с проявлениями дистальной полинейропатии.

Таким образом установлено, что для хронической профессиональной интоксикации в современных условиях труда характерно легкое течение с положительной клинико-лабораторной динамикой маркеров порфиринового обмена (Δ -АЛК, уровня ретикулоцитов и эритроцитов с базофильной зернистостью; повышением свинца в моче после провокационной пробы).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТЭЛА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА

ГОНЧАРИК Т.А.¹, ГРИБ В.М.¹, БУДЬКО А.М.¹, КЕПЕТЬ А.В.¹,

БОРИСОВА Т.Б.², СЕМАК В.Н.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

*²УЗ «10 городская клиническая больница» г. Минск**

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - острая окклюзия тромбом или эмболом ствола, одной или нескольких ветвей легочной артерии.

Высокая летальность, трудности прижизненной диагностики связаны с отсутствием специфической клинической картины, стремительным течением заболевания, необходимостью быстрой и точной диагностики и раннего начала терапии. Наличие сопутствующей кардиальной и пульмонологической патологии усложняет диагностический поиск.

Клинические симптомы ТЭЛА неспецифичны. Наиболее характерными считаются внезапно возникающие боль в грудной клетке, одышка и кровохарканье.

Целью работы явилась оценка клинической симптоматики ТЭЛА у пациентов кардиологического и пульмонологического отделений стационара, где чаще всего оказываются пациенты с данной патологией.

С этой целью был проведен анализ медицинских карт 63 пациентов УЗ «10 ГКБ» с подтвержденным диагнозом ТЭЛА в 2018 году. Из них 32 находились на лечении в кардиологическом отделении, 31 - в пульмонологическом. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все пациенты исследуемой группы имели невысокий риск летальности.

Большинство пациентов имели сопутствующие заболевания, проявления которых могли повлиять на клиническую картину ТЭЛА.

Наиболее часто у пациентов встречались ИБС (у всех пациентов кардиологического отделения и у 58,1% пациентов пульмонологии), артериальная гипертензия (75% и 45,2% соответственно), сахарный диабет (62,5% и 35,5% соответственно). Примерно с одинаковой частотой (в пределах 25%) в обеих группах имелись сопутствующие хронические бронхообструктивные заболевания (бронхиальная астма и ХОБЛ).

Анализ клинических симптомов показал следующие данные. Основными жалобами при поступлении были: одышка (78,1 и 74,2%), кашель (9,4 и 64,5%)*, кровохарканье (9,4 и 32,5%)*, плевральная боль (9,4 и 64,5%)*, загрудинная боль (68,8 и 16,1%)*. Первая цифра – пациенты кардиологического отделения, 2- пульмонологического. *- различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Обсуждение и заключение. Исследование показало, что симптоматика ТЭЛА у пациентов кардиологического и пульмонологических отделений стационара принципиально отличается. Если клинические проявления у пациентов пульмонологического отделения с ТЭЛА можно назвать типичными: это внезапная одышка, плевральная боль, кашель и кровохарканье, то у пациентов кардиологического стационара - это одышка и загрудинная боль. Данное различие скорее всего объясняется преобладанием сердечно-сосудистой патологии у пациентов кардиологического стационара, на фоне которой и развивается тромбоэмболический синдром. Полученные данные свидетельствуют о более сложной интерпретации клинических данных у пациентов с ТЭЛА, имеющих сердечно-сосудистую патологию, что дает основания для разработки более четких алгоритмов оценки клинических симптомов у этой категории пациентов и акцентировании внимания на лабораторно-инструментальных тестах.

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ-ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

ГОНЧАРИК Т.А.¹, АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.¹, САНКОВИЧ Е.В.²,
МАЗУР В.В.², ВАРАВА Н.К.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск

Актуальность. Одним из основных способов диагностики инфаркта миокарда является проведение электрокардиографии (ЭКГ). ЭКГ-изменения во многом влияют на тактику ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), определяют необходимость и метод реваскуляризации [2]. Однако диагностические возможности ЭКГ имеют определенные ограничения. По данным ряда авторов [1,2] чувствительность системы 12 общепринятых отведений у пациентов с инфарктом миокарда составляет около 50%, что обусловлено технологическими недостатками метода и анатомическими особенностями сердца.

Цель: проанализировать ЭКГ-изменения, данные эхокардиографии (ЭХОКГ), коронароангиографии (КАГ), у пациентов с ОКС с подъемом (ОКСпST) и без подъема сегмента ST (ОКСбпST), в зависимости от исхода ОКС (Q или не Q-инфарктмиокарда).

Материал и методы. В исследование включены 56 пациентов, которые поступали в 10 ГКБ г. Минска с ОКСбпST и с ОКСпST и в дальнейшем был выставлен диагноз инфаркта миокарда. Средний возраст пациентов составил 66,1 лет, из них 34 (61%) мужчины и 22 (39%) женщины. Критериями инфаркта миокарда были: клиника, ЭКГ-изменения в динамике, повышение тропонина, КФК-МВ. Всем пациентам была выполнена ЭКГ в динамике,

ЭХОКГ и КАГ. Статистический анализ проводился при помощи программного пакета Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было сформировано 2 группы. В 1-ю группу включены пациенты с ОКСп ST (n=31), во 2-ю группу пациенты с ОКСбпST (n=25). Группы были сопоставимы по полу, индексу массы тела, наличию в анамнезе артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии.

В каждой из этих групп были выделены подгруппы с Q и не Q-инфарктом миокарда. У 19 (61%) пациентов 1-ой группы диагностирован Q-инфаркт миокарда, у 12 (39%) – не Q-инфаркт миокарда. Во 2-ой группе у 9 пациентов (36%) диагностирован Q-инфаркт миокарда, у 16 пациентов (64%) – не Q-инфаркт миокарда.

Анализ локализации инфаркта миокарда в группах показал, что в 1-ой группе в 61% (n=19) случаев сформировался Q-инфаркт, в основном локализация в бассейне передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – переднеперегородочный, передний распространенный, в трети случаев – нижний инфаркт миокарда. В не Q-инфаркт трансформировались 39% случаев и в основном (59%) это переднеперегородочные инфаркты, 25% – нижний инфаркт. Во 2-ой группе трансформация в Q-инфаркт произошла в 36% (n=9) случаев, из них 78% (n=7) это был нижний инфаркт миокарда, а в 22% (n=2) – боковой инфаркт миокарда. Трансформация в не Q-инфаркт – в 64% (n=12) случаев. По локализации это были примерно в равной степени переднеперегородочный, передний распространенный, чуть реже задний и у 2 пациентов боковой инфаркт миокарда.

Сравнительный анализ данных ЭКГ, ЭХОКГ, КАГ показал, что у пациентов 1-ой группы нижний инфаркт миокарда развивался при поражении правой коронарной артерии (ПКА) в 70 % случаев (n=7), а у 30 % (n=3) – огибающей ветви (ОВ), ветви тупого края (ВТК). Гипокинезы

отсутствовали у пациентов при поражении менее 3 сосудов. При развитии переднеперегородочного инфаркта миокарда (n=12) инфарктсвязанной артерией являлась ПМЖВ, причем поражение локализовалось в 1 сегменте. У 2 пациентов коронарные артерии без признаков стенозирования. Гипокинез наблюдали у пациентов с мультифокальным поражением коронарных артерий. Передний распространенный инфаркт миокарда 9 (n=7) наблюдался при поражении ПМЖВ, но поражение чаще локализовалось во 2 сегменте. У всех пациентов были зоны гипокинеза. У одного пациента выявлен циркулярный верхушечный инфаркт миокарда. При этом гемодинамически значимый стеноз был в ПМЖВ и в ПКА. У пациентов 2-ой группы с Q-инфарктом миокарда (n=9), выявленные реципрокные изменения на первых ЭКГ в виде депрессии сегмента ST в грудных отведениях предшествовали подъему сегмента ST в II, III, aVF и были расценены как ОКС бп ST. По данным КАГ мультифокальное поражение коронарных артерий. Практически у всех пациентов 2-ой группы с не Q-инфарктом (n=16) миокарда отсутствовали гипокинезы. По данным КАГ преобладало поражение 1-2 коронарных артерий. В 31% (n=5) случаев не были выявлены изменения коронарных артерий. По данным КАГ и в 1 и во 2 группе преобладало многососудистое поражение (65% и 68% соответственно).

В 1-ой группе с подъемом ST и трансформацией в Q-инфаркт миокарда гипокинез выявлен в 58% случаев, из них в 42% случаев изменения на ЭХОКГ соответствовали локализации инфаркта миокарда на ЭКГ. В 42% случаев зон гипокинеза не выявлено. У пациентов с не Q-инфарктом миокарда только 34% пациентов имели гипокинезы и только у половины зоны гипокинеза соответствовали ЭКГ изменениям. В группе с ОКС бп ST, у пациентов с сформировавшимся Q-инфарктом миокарда, в 89% выявлены гипокинезы, но только в 22% они соответствовали локализации ЭКГ-

изменений, что вероятно связано с наличием в 100% мультифокального поражения коронарных артерий в этой подгруппе.

Выводы:

1. Отсутствие подъема сегмента ST, не исключает развитие Q инфаркта миокарда и требует проведения КАГ.

2. При развитии Q-инфаркта миокарда у пациентов с ОКСбпST реципрокные изменения на ЭКГ возникали раньше прямых, в 2/3 случаев инфарктсвязанной коронарной артерией являлись правая коронарная артерия, задняя межжелудочковая ветвь, огибающая ветвь (при правом типе) в сочетании с мультифокальным стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий.

3. Зоны гипокинеза, выявляемые при ЭХОКГ не всегда отражают локализацию инфаркта миокарда и не могут служить диагностическим критерием.

Литература:

1. Пристром, А. М. Острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST / А. М. Пристром // Вопросы аттестации и повышения квалификации. – 2014. - № 2. – С. 25-29.
2. Инфаркт миокарда: патофизиологические механизмы развития, диагностическая стратегия и тактика лечения / В.А. Снежицкий, И.Р. Ерш, В.С. Гольшко [и др.]; под ред. В.А. Снежиц-кого. – Гродно: ГрГМУ, 2015. – 328 с.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПЛЕЧА МЕТОДОМ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

ГРЕКОВА Т.И., СИВАКОВ А.П., МАНКЕВИЧ С.М., ПОДСАДЧИК Л.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г.Минск

Среди болевых синдромов в области плечевого сустава плечелопаточный периартрит составляет в среднем 80%. По статистическим данным выздоровление достигается в 56-80% случаев, значительное улучшение – 25-44%, незначительное восстановление 3-11%, отсутствие эффекта 5-20%. Кроме того, медицинская реабилитация данного заболевания требует неоднократных повторных курсов. Клинические проявления плечелопаточного периартрита – болевой синдром различной степени выраженности, ограничение активных движений плечевого сустава, снижение эмоционального фона; при осмотре пальпаторно выявляется миотоническое напряжение заинтересованных мышц, наличие триггерных точек.

В последнее время одним из наиболее перспективных направлений в лечении болевых синдромов является применение ударно-волновой терапии (УВТ). Ударно-волновая рефлексотерапия подразумевает воздействие акустическими ударными волнами на точки акупунктуры (ТА). К основным механизмам УВТ относятся: увеличение метаболизма в месте применения; резорбция в сухожилиях отложений кальция, на которые оказывалось воздействие; снижение болезненности; стимуляция периферических нервных волокон, которые активируют болеподавляющие механизмы в задних рогах спинного мозга; стимуляция выброса эндорфинов, снижающих местную восприимчивость к боли; переход хронического воспаления в острое, распознаваемое и преодолеваемое организмом самостоятельно.

Целью данной работы является оценка динамики ограничения движений в суставе до и после лечения методом ударно-волновой рефлексотерапии.

Материалы и методы.

Проведено лечение 20 пациентов в возрасте 35-60 лет (5 мужчин и 15 женщины) с плече-лопаточным периартритом (М 75) на базе клинического центра традиционной восточной медицины УЗ «10-я городская клиническая больница». Длительность заболевания варьировала от 2 до 4 лет. Все пациенты симптоматически получали нестероидные противовоспалительные средства. Клинические методы исследования включали сбор жалоб, анамнез, осмотр и мышечное тестирование.

Пациенты получали УВТ от аппарата «Radialspec», дающий радиальное распространение ударной волны. Воздействие проводилось по следующей схеме: на заинтересованные ТА (IG 15, IG 14, IG 13, IG 12, TR 15, TR13, GI14, GI15 V 41, V 42, А-ши точки (триггерные точки) проводилась УВТ с частотой 5 Hz по 100 ударов на каждую точку. Среднее количество избранных (наиболее болезненных) точек акупунктуры 7-10. Затем проводилось динамическое воздействие по ходу волокон трапецевидной мышцы, надостной, дельтовидной мышц с частотой 15Hz. Общее количество ударов 2400. Интервал между процедурами 2дня. Среднее количество проведенных процедур 8-10.

Результаты и их обсуждение.

Для оценки результатов уменьшения болевого синдрома была использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

У всех пациентов отмечено уменьшение степени выраженности болевого синдрома в среднем на 30%, уменьшение тонического напряжения (особенно в верхней порции трапецевидной, надостной мышц); кроме того, улучшилось эмоциональное состояние, работоспособность, сон. Объём

активных движений увеличился у всех пациентов: сгибание и отведение на 35-50°, разгибание и супинация на 15-20°.

Заключение.

Полученные данные позволяют сделать вывод об эффективности применения ударно-волновой рефлексотерапии в восстановительном лечении пациентов с плече-лопаточным периартритом и рекомендовать этот метод в лечении данного заболевания.

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ У
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ**

*ГРИБ В.М.¹, ГОНЧАРИК Т.А.¹, GERМЕНЧУК И.А.¹, БУДЬКО А.М.¹, КЕПЕТЬ А.В.¹,
БОРИСОВА Т.Б.²,*

¹*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

²*УЗ «10 городская клиническая больница г. Минска»*

Легочная эмболия – составная часть синдрома тромбоза системы верхней и нижней полых вен (чаще тромбоза вен малого таза и глубоких вен нижних конечностей), поэтому в зарубежной практике эти два заболевания объединяют под общим названием - «венозная тромбоэмболия» (ВТЭ). Это третье по распространенности сердечно-сосудистое заболевание с ежегодной встречаемостью 100-200 на 100000 человек в год. С учетом не всегда четкой клинической картины этого заболевания большое значение придается лабораторно-инструментальному комплексу исследований в диагностике этой патологии.

Целью работы явилась оценка диагностических лабораторно-инструментальных исследований у пациентов стационара кардиологического и пульмонологического профиля.

С этой целью был проведен анализ медицинских карт 63 пациентов УЗ «10 ГКБ» с подтвержденным диагнозом ТЭЛА по данным КТ-ангиопульмонографии в 2018 году. Из них 32 находились на лечении в кардиологическом отделении, 31 - в пульмонологическом. Пациенты были

сопоставимы по полу и возрасту. У всех пациентов риск летальности был расценен как невысокий.

У пациентов кардиологического отделения чаще всего фоновой патологией были ИБС (у всех пациентов), артериальная гипертензия (75%) и сахарный диабет (62,5%). У пациентов пульмонологического отделения эти заболевания также чаще всего сопутствовали, но встречались реже (58,1%, 45,2% и 35,5% соответственно). Достаточно часто, примерно у каждого четвертого пациента, причем в обеих группах, имелись сопутствующие хронические бронхообструктивные заболевания (БА и ХОБЛ).

Наибольшее значение в обследовании пациентов с легочной эмболией имеют исследование ЭКГ, рентгенография ОГК, ЭХО-КГ, Д-димеров, и КТ ангиопульмонография. Из них два последних считаются наиболее специфичными.

Обычное электрокардиографическое исследование оказалось достаточно информативным у пациентов кардиологического стационара. Такие относительно характерные изменения на ЭКГ (признаки перегрузки правого желудочка), как инверсия Т в V1-V4, QR в V1, S1Q3, неполная или полная блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный Т в отведении III, определялись в 84,4% случаев пациентов кардиологического стационара с легочной эмболией. И соответственно только у 45,2% ($p < 0,05$) пациентов с ЛЭ в пульмонологическом отделении.

Повышение уровня д-димеров выше нормы отмечалось не многим больше, чем у половины пациентов и встречалось почти с одинаковой частотой в обеих группах (59,4% в кардиологическом и 64,5% - у пациентов с легочной эмболией в пульмонологическом отделении).

Эхокардиографические признаки перегрузки и дисфункции правого желудочка достоверно чаще встречались у пациентов с легочной эмболией в

кардиологическом отделении (68,8%), чем в пульмонологическом (38,7%, $p < 0,05$).

Из особенностей локализации тромбоэмболии по данным КТ ангиографии было отмечено, что у пациентов кардиологического отделения чаще выявлялись двусторонние поражения ветвей легочной артерии (84,4% против 61,3%), отсутствовало одностороннее поражение справа.

Обсуждение и заключение. Сравнительная оценка лабораторно-инструментальных методов диагностики легочной эмболии в 2-х отделениях (кардио- и пульмонологии) выявила определенные особенности. В частности, достаточно частые изменения при ЭКГ и ЭХО-КГ у пациентов кардиологического отделения, что в целом не очень характерно для легочной эмболии, особенно ЭКГ. Данное обстоятельство, возможно, объясняется более тяжелым течением ТЭЛА, как следствие преобладания двустороннего процесса (по данным КТ) у этой категории больных. С другой стороны, это дает дополнительные возможности раннего распознавания легочной эмболии у пациентов кардиологического профиля. Не совсем понятным является достаточно низкая частота увеличения уровня Д-димеров у пациентов с легочной эмболией обоих отделений.

ЭПИЛЕПСИЯ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ: ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ГРИШЕНКОВА Л.Н.¹, РЫБАКОВА В.Д.², ЖУК Г.В.¹

*¹ГУ «Научно-практический центр Государственного комитета судебных экспертиз
Республики Беларусь», Минск*

²ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», Минск

Показатели смертности среди пациентов с эпилепсией в любом возрасте, по данным различных авторов, в 2-15 раз выше по сравнению с общей популяцией. Проблема преждевременной смерти при эпилепсии носит комплексный характер в силу нозологической гетерогенности этой патологии и ее многоаспектности, в связи с чем разработка этой проблемы требует междисциплинарного подхода с объединением усилий специалистов как клинического, так и морфологического профиля.

Несмотря на длительную историю проблемы и большое количество исследований, вопросы своевременной и полноценной клинической диагностики эпилепсии по-прежнему остаются актуальными. Недостаточная осведомленность практикующих врачей относительно синдрома внезапной смерти при эпилепсии (СВСЭ) нередко приводит к преуменьшению его истинной распространенности и трудностям при идентификации факторов риска. Постмортальная диагностика, как самой эпилепсии, так и ее смертельных осложнений, особенно при отсутствии катамнестических данных, по-прежнему остается крайн непростой и ответственной задачей.

Причины смерти пациентов, страдавших эпилепсией, не менее чем в половине случаев не связаны с эпилепсией, а обусловлены сопутствующими заболеваниями. Случаи летального исхода у пациентов с эпилепсией, связанные с эпилепсией, составляют 40%. Они могут быть обусловлены рядом причин. Прежде всего, это - *основное заболевание* при

симптоматической (структурной /метаболической) эпилепсии: черепно-мозговая травма, нарушения мозгового кровообращения, в т.ч. «немые» инфаркты мозга, артерио-венозные мальформации, инфекции ЦНС, интракраниальная первичная или метастатическая опухоль, дегенеративные заболевания нервной системы и др. Патологические изменения в эпилептогенном фокусе головного мозга могут варьировать от макроскопических до ультраструктурных.

Смерть может быть обусловлена *несчастливым случаем* во время эпилептического припадка в связи с неблагоприятными условиями; при этом основная причина смер - утопление, ожоги, закрытие дыхательных путей инородными телами, аспирация желудочного содержимого, получение несовместимых с жизнью повреждений при падении с высоты, дорожно-транспортных происшествиях. В ряде случаев причиной смерти больного эпилепсией может явиться *суицид*. Риск суицида у пациентов с эпилепсией в 5 раз выше, чем в общей популяции. И, наконец, смерть пациента может явиться прямым следствием эпилепсии, что происходит при развитии *эпилептического статуса* или *СВСЭ*.

СВСЭ (англ. SUDEP – sudden unexpected death in epilepsy) рассматривается как «внезапная, неожиданная, нетравматическая и не связанная с утоплением смерть у больного эпилепсией, произошедшая в присутствии либо отсутствии свидетелей, с признаками или без признаков эпилептического припадка, исключающая документированный эпилептический статус, при которой аутопсия не выявила каких-либо токсикологических или анатомических причин летального исхода» (Nashef L.,1997). В настоящее время в большинстве стран используются следующие критерии СВСЭ (US FDA, Burroughs Wellcome, 1993, сокр.): анамнез эпилепсии [1]; внезапная (в течение нескольких минут) [2] и неожиданная [3] смерть, наступившая при отсутствии жизнеугрожающих состояний [4] и не

являющаяся прямым следствием эпилептического припадка или эпилептического статуса [5]; негативные результаты аутопсии [6]. О точном диагнозе можно говорить тогда, когда имеются все 6 вышеперечисленных критериев этого синдрома и достаточные описания обстоятельств смерти или посмертный эпикриз. Следует подчеркнуть, что указания на недавний припадок не исключают диагноза СВСЭ при условии, что смерть не произошла во время припадка.

СВСЭ развивается у 10-13% пациентов с эпилепсией, чаще встречается у мужчин в возрасте 20-40 лет. Большинство жертв СВСЭ найдены мертвыми дома в постели, причём в 90% случаев смерть наступала без свидетелей. Субтерапевтический уровень противосудорожных препаратов в крови как следствие неадекватной терапии или низкой комплаентности больных – один из главных факторов риска СВСЭ.

Морфологические признаки при СВСЭ неспецифичны и сводятся к отеку легких и головного мозга, фиброзу мягких мозговых оболочек; склерозу аммонова рога; реактивному глиозу, дистрофическим изменениям нейронов; умеренной гипертрофии миокарда; увеличению печени с признаками венозного застоя. Важно детальное нейроморфологическое исследование головного мозга с целью исключения поражения, которое могло бы объяснить приступную активность. В 25% случаев могут быть обнаружены следы прикусываний языка, однако судороги в агональном периоде могут быть при различных заболеваниях и состояниях.

Истинная частота смерти от эпилепсии, являющейся при современном уровне знаний диагнозом исключения, по нашему мнению, недооценивается. Высказаться об СВСЭ как о причине смерти судебно-медицинский эксперт может при наличии клинической документации с выставленным при жизни диагнозом эпилепсии либо детально описанной истории судорожных приступов, при отсутствии на месте смерти противоречащих диагнозу

находок, с обязательным учетом результатов тщательно выполненной аутопсии, не позволяющих визуально, микрокопически или токсикологически объяснить смерть другими причинами.

Таким образом, комплексная оценка катанеза, медицинской документации, сведений об обстоятельствах дела, патоморфологических особенностей жизненно важных органов, результатов клинико-токсикологического и/или судебно-химического исследования будет способствовать уточнению причин и механизмов развития неблагоприятных исходов у пациентов с эпилепсией, что неизбежно послужит теоретической основой для разработки мероприятий по профилактике преждевременной смерти.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ

ГУБИЧ Т.С., СУДЖАЕВА С.Г., КАЗАЕВА Н.А., КОРНЕЛЮК О.М.

*Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр
«Кардиология» г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Особое место в программах реабилитации пациентов после операций на клапанах сердца занимает физический аспект [1, 2, 3]. Уровень тренирующих нагрузок, определяется данными, полученными при проведении пробы с дозированной физической нагрузкой: велоэргометрическая проба, кардиопульмональное нагрузочное тестирование (СпироВЭП) [4].

Цель работы - оценить влияние различных программ медицинской реабилитации на переносимость физической нагрузки у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после проведения хирургической коррекции клапанных пороков по данным спировелоэргометрической пробы.

Материал и методы. В исследование включено 90 пациентов с ХРБС. Контрольную группу (КГ) составили 50 пациентов, средний возраст - $52,1 \pm 1,29$ года и основную (ОГ) - 40, средний возраст - $53,3 \pm 5,2$ года, ($p > 0,05$). Лица КГ и ОГ были сопоставимы по полу и структуре поражения клапанов ($p > 0,05$). В послеоперационном периоде у лиц КГ физическая реабилитация осуществлялась традиционным способом и назначалась

стандартная антибактериальная терапия при выявлении изменений воспалительного геноза. У пациентов ОГ использовалось дифференцированное медикаментозное лечение повторной ревматической лихорадки и неспецифической воспалительной реакции в раннем послеоперационном периоде и назначались индивидуализированные физические тренировки на велотренажёре. Тренирующая мощность нагрузки определялась по результатам диагностической СпиروВЭП, выполненной накануне.

Результаты и обсуждение. СпиروВЭП выполнялась на 10-14 сутки после клапанной коррекции (I тест), через 3 месяца (II тест), 6 месяцев (III тест) и 12 месяцев (IV тест) после операции.

Таблица 1 – Динамика показателей СпируВЭП у пациентов КГ и ОГ после хирургической коррекции клапанных пороков ($M \pm m$)

Показатели	Тест	КГ	ОГ
Максимально достигнутая мощность нагрузки, Вт	I	53,6±9,2	67,4±4,4
	II	90,0±14,8**	93,4±6,7**
	III	100,0±10,0**	104,2±9,9**
	IV	105,6±10,8**	115,4±15,4**
	IV	90,3±2,7	92,7±3,8
Мощность при достижении анаэробного порога, Вт	I	33,3±6,1	47,1±6,1
	II	43,8±5,7	52,3±4,6
	III	40,4±6,3	64,6±9,1*
	IV	43,5±4,3	60,6±7,9*
VO ₂ пиковое, мл/кг/мин	I	9,7±3,3	12,3±0,8
	II	13,5±2,3	15,1±0,9**

Показатели	Тест	КГ	ОГ
	III	13,4±0,8	16,3±1,2*,**
	IV	14,9±0,9	19,5±2,1*,**

В соответствии с данными, представленными в таблице 1, установлено, что пациенты КГ и ОГ при I тесте были сопоставимы по толерантности к физической нагрузке (ТФН) и показателям, характеризующим аэробную физическую работоспособность (ФРС): пиковое потребление кислорода (VO_2 пиковое) и мощность нагрузки при анаэробном пороге ($p > 0,05$). Через 3 месяца после клапанной коррекции в обеих группах выявлен существенный рост ТФН (табл. 1, $p < 0,05$). Пиковое потребление кислорода в КГ при II тесте было сопоставимо с выявленным при I обследовании (табл.1, $p > 0,05$). В то же время в ОГ, VO_2 пиковое существенно возросло при II обследовании (табл.1, $p < 0,05$), что свидетельствует о достоверном повышении аэробной ФРС у лиц ОГ. Через 6 и 12 месяцев в обеих группах сохранился существенный рост ТФН в сравнении с I тестом (табл.1, $p < 0,05$). Максимальное потребление кислорода в ОГ при III и IV тестах стало достоверно выше по сравнению с I тестом (табл.1, $p < 0,05$). В КГ VO_2 пиковое через 6 и 12 месяцев после операции существенно не изменилось (табл. 1, $p > 0,05$). Мощность достижения анаэробного порога в ОГ достоверно превысила значение КГ (табл.1, $p < 0,05$).

Выводы: 1. Выполнение хирургической коррекции клапанных пороков сердца у пациентов с ХРБС способствует повышению ТФН, независимо от используемой программы медицинской реабилитации.

2. При использовании разработанной программы медицинской реабилитации отмечается повышение не только ТФН, но и существенное улучшение аэробной физической работоспособности.

Литература:

1. Jolly K., Taylor R.S., Lip G.Y., Stevens A. Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol* 2006;111:343-351.
2. Гальцева Н.В. Реабилитация в кардиологии и кардиохирургии // *Клиницист*. – 2015. - № 2. –С. 13-22.
3. Ades P.A., Savage P.D., Harvey-Berino J. The treatment of obesity in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2010;30(5):289-298.
4. Полтавская М.Г. Пробы с физической нагрузкой у больных с хронической сердечной недостаточностью / М.Г. Полтавская // *Сердце: журнал для практикующих врачей*. - 2003.- Т. 2., №2.- С. 81-83.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУБИЧ Т.С., СУДЖАЕВА С.Г., КАЗАЕВА Н.А., КОРНЕЛЮК О.М.

Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр

«Кардиология» г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Среди множества опросников, предназначенных для изучения качества жизни (КЖ) у кардиологических пациентов с явлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН), заслуживает внимание «Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ) [1]. В доступной литературе имеются лишь единичные работы, посвящённые оценке КЖ у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после реконструктивных операций на клапанах сердца [2,3].

Цель работы - изучить влияние различных программ медицинской реабилитации на качество жизни у пациентов с ХРБС после операции коррекции приобретённых пороков сердца.

Материал и методы. В исследование включено 85 пациентов с ХРБС. В контрольную группу (КГ) включено 50 пациентов, средний возраст - $52,1 \pm 1,29$ года и в основную (ОГ) - 35, средний возраст - $53,3 \pm 5,2$ года ($p > 0,05$). Пациенты КГ и ОГ были сопоставимы также по полу и структуре поражения клапанов сердца ($p > 0,05$). В послеоперационном периоде у лиц КГ медицинская реабилитация осуществлялась с использованием традиционной физической реабилитации и стандартной антибактериальной терапии воспалительных изменений в раннем послеоперационном периоде. У лиц ОГ

использовалась программа медицинской реабилитации, предусматривающая назначение дифференцированного медикаментозного лечения повторной ревматической лихорадки и неспецифической воспалительной реакции, диагностированных в раннем послеоперационном периоде. Физический аспект реабилитации включал назначение индивидуализированных физических тренировок (ФТ) на велотренажёре. ФТ назначались с учётом данных спировелоэргометрической пробы (СпироВЭП) [4,5].

КЖ лиц КГ и ОГ изучалось при помощи опросника MLHFQ.

Результаты. Тестирование пациентов КГ и ОГ проводилось перед операцией, на 10-14 –е сутки после клапанной коррекции, через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства.

Таблица 1 – Показатели качества жизни у пациентов КГ и ОГ по оценочной шкале MLHFQ на этапах контрольного тестирования.

Группы пациентов	Баллы оценочного теста MLHFQ (M±m)				
	До операции	Перед выпиской из стационара	Через 3 месяца п/о	Через 6 месяцев п/о	Через 12 месяцев п/о
КГ	38,1±2,19	33,9±2,4 6	29,6±3,65 *	31,6±2,09*	31,2 ±3,86
ОГ	31,8±2,84	32,1± 2,95	17,9± 2,85*,**	20,94±4,46*,* *	18,00±4,84 *,**
Примечания: * Достоверность полученных результатов в сравнении с первым тестом, p<0,05.** Достоверность полученных результатов в сравнении КГ и ОГ, p<0,05.					

Как видно из данных представленных в таблице 1, на 10-14 сутки после выполненной операции, показатель КЖ, как у пациентов КГ, так и ОГ существенно не изменился по сравнению с тестированием, проводимым перед операцией. Однако уже через 3 месяца после выполненной хирургической коррекции имевшихся клапанных пороков, в обеих группах отмечается достоверное снижение анализируемого показателя, что свидетельствует о значительном улучшении КЖ. Необходимо подчеркнуть, что достигнутое повышение уровня КЖ у пациентов КГ и ОГ спустя 3 месяца после операции сохраняется и через 6 месяцев после хирургического вмешательства (табл. 1, $p < 0,05$). Вместе с тем, через 12 месяцев после клапанной коррекции достоверно значимое повышение качества жизни сохраняется только у лиц ОГ.

Заключение. Сравнительная оценка уровня качества жизни у пациентов с ХРБС через 3, 6 и 12 месяцев после хирургической коррекции клапанных пороков свидетельствует о достоверно более значимом влиянии на качество жизни медицинской реабилитации, предусматривающей дифференцированное назначение медикаментозной терапии воспалительных изменений в раннем послеоперационном периоде и индивидуализированное использование физических тренировок.

Литература:

1. Гиляревский, С. Р. Современная методология оценки качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, Н. Г. Бенделиани. – М., 2000. – 60 с.
2. Назлуханян, М. А. Качество жизни пациентов после операции протезирования митрального клапана и аорто-коронарного шунтирования: дис. канд. мед. наук / М. А. Назлуханян. – М., 2009. – 146 с.
3. Гиляревский, С. Р. Оценка качества жизни больных ревматическими митральными пороками сердца: методические подходы / С. Р. Гиляревский Орлов В.А // Кардиология. - 1992. - № 6. – С. 49-52.
4. Аронов, Д. М. Функциональные пробы в кардиологии / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов. – Москва: «Медпресс», 2002.– 273с.
5. Sklinical recommendations for cardiopulmonary exercise testing data assessment in specific patient populations / M. Guazzi [et al.] // EHJ. 2012. Vol. 33. P. 2917–2927.

МНОГОЛИКИЙ ВАСКУЛИТ: МАСКА – АЛЛЕРГИЯ

ДЕГТЕРЕВА О.В., ПРИСТРОМ М.С., АТРОЩЕНКО И.Е., АДАМОВИЧ И.Э.,

ГАВРИЛОВА Е.Н., КУНАШ И.И.

Белорусская академия последипломного образования,

УЗ «2-я городская клиническая больница», г. Минск

Системные васкулиты (СВ) – гетерогенная группа орфанных заболеваний, с жизнеугрожаемыми состояниями и фатальным прогнозом в отсутствие своевременной и адекватной иммуносупрессивной терапии. Высокая смертность, нередко быстро прогрессирующее течение, полиорганное поражение со сложной клинической картиной диктуют необходимость улучшения ранней диагностики СВ и обеспечения доступа к современным методам терапии в максимально короткие сроки после начала заболевания. В то же время ранняя диагностика крайне сложна из-за выраженного полиморфизма клинических проявлений. Одной из масок васкулита является диагноз аллергии.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пациент К, 58 лет, работал на железной дороге более 20 лет, ежегодно проходил медосмотры, был здоров. Последние 10 лет работает автослесарем, отмечает вредности в виде контакта с нефтепродуктами, а также лакокрасочными изделиями. В анамнезе в 26 лет прободная язва желудка с кровотечением, выполнена резекция желудка по Бильрот-2, переливание крови. Аллергоанамнез – чихание на шерсть собак. В августе 2017 года после длительного контакта с автомобильными красками появилась сыпь геморрагического характера в области лодыжек, отек и боли в голеностопных суставах, затруднение при спуске с лестницы. Обратился к участковому терапевту, выставлен диагноз аллергическая реакция. Назначен цетиризин 10 мг 1 раз в день 10 дней, доксициклин 0,1 по 1 табл 1 раз в день 7 дней. На 5-й день все проявления

купировались. Зимой 2018 года вновь появился отек лодыжек, но без высыпаний, быстро самостоятельно купировался, за медицинской помощью не обращался. В начале октября 2018 года после очередного длительного контакта с автокрасками появился выраженный отек лодыжек, через 2-3 дня присоединились гемorragические высыпания на голеньях, в области коленных суставов, сначала мелкоточечные, затем с тенденцией к слиянию. Обратился к участковому терапевту, который при осмотре выявил впервые повышение АД до 150/100-170/130 мм рт. ст. По поводу артериальной гипертензии пациенту были назначены моксонидин 0,2 мг 2 раза в день и лозартан 100 мг 1 раз утром. Рекомендовано также обратиться к дерматологам. Врач дерматолог выставил диагноз: не уточненный васкулит, был назначен преднизолон 30 мг в/м №3 и мелоксикам 15 мг в/м №7. На фоне проводимого лечения пациент отмечает исчезновение сыпи, значительное уменьшение отечности стоп и голеностопных суставов. Но уже с 15 октября к предыдущим симптомам присоединились покашливание и одышка при обычной физической нагрузке, которые усиливались в положении лежа на спине, на фоне проводимой гипотензивной терапии сохранялись повышенные цифры АД до 160/100. При обследовании в общем анализе крови (ОАК) выявлено ускорение СОЭ до 53 мм/ч, при рентгенографии легких признаки двустороннего воспалительного процесса, двусторонний гидроторакс, застойные изменения по малому кругу кровообращения, расширение тени сердца. Состоялась госпитализация в отделение пульмонологии. При поступлении в клинику: эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв 100 г/л, СОЭ 53 мм/ч, мочевины 11,9 ммоль/л, креатинин 110,7 мкмоль/л, общий белок 58 г/л, альбумины 28 г/л, СРБ 28 мг/л, клубочковая фильтрация 25 мл/мин, суточный белок в моче 0,96 г/сут. Пациенту выставлен диагноз гемморрагический васкулит с поражением почек, вводятся метилпреднизолон 250 мг №6 в/в без рекомендаций приема стероидов на амбулаторный этап,

переводится в отделение нефрологии для взятия биопсии. С 29 декабря по 3 января пациент находится дома, к геморрагическим высыпаниям сливного характера присоединились выраженная одышка с приступами удушья, значительное повышение АД (более 200/120 мм рт. ст.), отеки нижних конечностей, нижней трети живота, лица (анасарка). В тяжелом состоянии 04.01.19 пациент поступает в отделение ревматологии УЗ «2-я ГКБ». Нв 95 г/л, СОЭ 49 мм/ч, общий белок в сыворотке 43 г/л, альбумины 24 г/л, СРБ 38 мг/л, РФ 144 МЕ/мл, мочевины 16,2 ммоль/л, креатинин 138 мкмоль/л, эритроцитурия 724 кл/мкл, суточная протеинурия (СПУ) 11,9 г/сут. Выявлен также положительный анти-НСV-IgG, при нефробиопсии – картина васкулита, вероятнее всего криоглобулинемического, ассоциированного с НCV инфекцией. Исследование крови на криоглобулины – результат положительный. Пациенту был выставлен диагноз: Системный васкулит (криоглобулинемический, ассоциированный с НCV-инфекцией) с поражением почек (мезангиопролиферативный гломерулонефрит, смешанная форма, СКФ 60 мл/мин, нефротический синдром), легких (пневмонит, пневмония), кожи (геморрагический васкулит), полисерозиты, анемия хронического заболевания легкой степени. Назначена пульс-терапия: метилпреднизолон 1000 мг №3, циклофосфан 1000 мг №1, затем переход на пероральный прием метилпреднизолона 40 мг в сутки и ежемесячно циклофосфан 1000 мг в/в. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось. В мае: Нв 112 г/л, СОЭ 20 мм/ч, общий белок в сыворотке 56 г/л, альбумины 36 г/л, СРБ 0,1 мг/л, РФ 86 МЕ/мл, мочевины 11,8 ммоль/л, креатинин 89 мкмоль/л, эритроцитурия 143 кл/мкл, СПУ 2,2 г/сут. Клиническая картина, наблюдаемая при СВ, многообразна, в связи с чем СВ необходимо исключать у всех пациентов с лихорадкой, похуданием и признаками полиорганного поражения.

МНОГОЛИКИЙ ВАСКУЛИТ: МАСКА ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*ДЕГТЕРЕВА О.В., ПРИСТРОМ М.С., АТРОЩЕНКО И.Е., АДАМОВИЧ И.Э.,
ГАВРИЛОВА Е.Н., КУНАШ И.И.*

*Белорусская академия последипломного образования,
УЗ «2-я городская клиническая больница», г. Минск*

В последние годы отмечен рост числа онкологических заболеваний. Своеобразие этой патологии заключается в отсутствии на ранних стадиях заболевания характерных для опухолевого процесса признаков, но при этом развиваются паранеопластические синдромы (ПНС), которые весьма разнообразны. ПНС называются клинические проявления дистантного эффекта опухоли, возникающие в результате биохимических, гормональных или иммунологических нарушений, индуцированных опухолью.

Ревматические ПНС наиболее часто возникают при низкодифференцированных злокачественных новообразованиях эпителиального происхождения и опухолевом поражении иммунной системы. Среди них системные васкулиты (СВ) встречаются до 5 %, чаще геморрагический, лейкоцитокластический васкулиты, узелковый полиартериит. Среди локализаций эпителиом, индуцирующих васкулитоподобные ПНС, лидируют легкие (23,0%), желудочно-кишечный тракт (17,5%), почки (14%). Ревматические ПНС могут предшествовать возникновению местных симптомов опухоли за несколько месяцев и даже лет, могут развиваться на фоне клинической картины опухоли. Эти синдромы не находятся в прямой зависимости от объема опухоли и количества метастазов.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пациент В., 70 лет, поступил в отделение ревматологии УЗ «2-я ГКБ» с жалобами на

геморрагические высыпания на коже туловища, конечностей, сливного характера, полиартралгии, артриты голеностопных суставов. Заболел неделю назад, когда после перенесенной ротавирусной инфекции (лечился в Городской клинической инфекционной больнице) появились вышеуказанные симптомы. Подобные геморрагические высыпания с легким суставным синдромом отмечал 3 года назад, обращался в поликлинику, принимал антигистаминные препараты, которые быстро купировали процесс. Кроме общего анализа крови (ОАК) никаких обследований тогда не проходил. Из сопутствующих заболеваний отмечал АГ 1 ст., риск 2 без регулярного приема медикаментов, ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий, аорты, Н1, язвенную болезнь 12-перстной кишки. При поступлении в ОАК СОЭ 3 мм/ч, эритроциты $4,74 \times 10^{12}$ в л, НВ 136 г/л; БАК: СРБ 15,9 мг/л, РФ 15 МЕ/мл.

Учитывая дебют геморрагического васкулита в 70 лет, несоответствие проявлений клинической картины заболевания, лабораторных показателей и общего состояния пациента, предположен паранеопластический характер васкулита. При дообследовании выявлено: ФГДС – язвы (3) малой кривизны желудка, компенсированный стеноз привратника, гастропатия эритематозная, гастрэктазия; биопсия - хронический антральный гастрит, слабая лимфоидная инфильтрация, атрофия +++ , кишечной метаплазии нет, Н.рylogi нет. Рентгенография пищевода, желудка – хроническая гастродуоденопатия с преимущественными изменениями в антральном отделе, деформация антрального отдела и пилоробульбарной зоны (язва антрального отдела желудка по малой кривизне) без признаков стеноза на момент исследования. УЗИ органов брюшной полости выявило признаки нарушения пассажа по кишечнику (во всех отделах живота раздутые петли кишечника с утолщенной стенкой и ослабленной перистальтикой). Фиброколоноскопия – полипы толстой кишки (2), рак на 20 см? (блюдцевидная опухоль около 3,0

см с депрессированным центром и приподнятым краем, мягкая, смещаемая). Множественные петехии и отек слизистой с преимущественной локализацией в прямой и сигмовидной кишках. Биопсия – полипы: тубулярно-папиллярная аденома кишки; опухоль: аденокарцинома G2. Для уточнения распространенности онкологического процесса выполнено КТ органов брюшной полости с контрастированием – КТ-признаки гиподенсивных образований в печени (2, 3 и 7 сегменты), умеренная гепатомегалия (КВР 165 мм), признаки портальной гипертензии (портальная вена 17,5 мм, селезеночная 13 мм); рентгенография органов грудной клетки – в пределах возрастной нормы; осмотр уролога, ПСА – норма. Диагноз: основной - Cr (аденокарцинома G2) ректосигмоидного соединения T2N0M0 1 стадия; осложнение - геморрагический васкулит, кожный и суставной синдромы, активность 3 ст.; сопутствующие заболевания – полипы сигмовидной кишки, язва желудка по малой кривизне, стадия рубцевания. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий, аорты, Н1, АГ 1 ст., риск2. Симптомы васкулита купированы внутривенным введением преднизолона 60 мг в день №7, по поводу язвы желудка пациент получал пантопразол 40 мг в день сначала внутривенно, затем внутрь. После получения результатов биопсии пациент переведен для дальнейшего лечения в МГОД.

Таким образом, ориентировочные признаки, касающиеся времени появления, особенностей клинического течения васкулита, позволяют заподозрить паранеопластический процесс и обосновать диагностический поиск с целью исключения злокачественного заболевания.

БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ДУБ И.Д., ДОРОНИН М.В., КУРЛЕНКО Р.Н., САВИЦКИЙ В.М., ШЕПЕТЬКО В.И.

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический
медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Болезнь Стилла – это редкое мультисистемное воспалительное заболевание неизвестной природы, ведущими симптомами которого являются поражение суставов, лихорадка, кожная сыпь и нейтрофильный лейкоцитоз при отсутствии ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду в сыворотке крови и синовиальной жидкости. Болезнь Стилла является диагнозом исключения, так как не имеет патогномичных симптомов или специфических изменений при лабораторном и инструментальном обследовании. В основу клинической картины болезни Стилла входит триада симптомов в виде ежедневной лихорадки, артралгий или артритов и характерной сыпи Стилла. При всем многообразии клинических признаков болезни Стилла не существует определенной модели проявления симптомов.

Описание наблюдения. Для демонстрации клинического случая болезни Стилла нами представлен пациент Б. в возрасте 20 лет, который обратился к врачу с жалобами на слабость, заложенность носа, боли в горле. В объективном статусе наблюдались выраженные явления фарингита, повышение температуры до 37,4 °С, в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз (лейкоциты 11,2x10⁹/л). Он был госпитализирован в терапевтическое отделение 222 МЦ ВВС и войск ПВО с диагнозом острая респираторная инфекция. Пациенту была назначена антибактериальная терапия доксициклином в стандартной дозировке, которая через трое суток была заменена на внутримышечные инъекции цефтриаксона, в связи с

отсутствием терапевтического эффекта и сохраняющемся фибринолитетом (38,0 °С). Введение цефтриаксона сопровождалось кожной сыпью и зудом, которые были расценены как аллергическая реакция и купированы преднизолоном. В ходе обследования у пациента выявлены ультразвуковые признаки карбункула левой почки, в связи с чем пациент переведен в урологическое отделение 432 ГВКМЦ. При поступлении у пациента сохранялись прежние жалобы, ежедневная фебрильная температура до 38,5–40°С, отмечался выраженный лейкоцитоз до $20,9 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом до 16 %, повышение СОЭ до 38 мм/ч и С-реактивного белка (далее СРБ) до 165 нг/мл. Назначенная стартовая антибиотикотерапия (метрогил, левофлоксацин) и последующее поэтапная смена антибактериальных средств (меропенем, ванкомицин, линезолид) были не эффективны, у пациента сохранялся фибринолитет и отмечался рост лейкоцитов периферической крови до $23,4 - 31,5 \times 10^9/\text{л}$. По данным предварительного обследования (ультразвуковое и функциональное исследование почек) диагноз карбункул почки был снят. В плане дальнейшего диагностического поиска пациенту были выполнены следующие исследования: компьютерная томография органов грудной и брюшной полости и забрюшинного пространства, магнитно-резонансная томография головного мозга, лабораторные исследования для исключения вирусных и паразитарных инфекций как причины лихорадки, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, рентгенологическое исследование придаточных пазух носа. На высоте лихорадки проводился трехкратный посев крови - роста флоры не получено. Выполнена пункция костного мозга, исследована спинномозговая жидкость, проведены диаскинтест, реакция Манту и биопсия пахового лимфоузла. По итогам расширенного обследования окончательный диагноз так и не был установлен. Обсуждались криптогенный сепсис, лимфогранулематоз,

септический эндокардит, лихорадка неясного генеза, системные заболевания соединительной ткани, болезнь Стилла. На 20 сутки обследования и лечения у пациента развились генерализованная сыпь на плечах, лице, конечностях местами сливного характера и диспластический двухсторонний коксартроз 1 стадии, однако лабораторные маркеры системных заболеваний у данного пациента отсутствовали. Таким образом, у пациента были исключены очаговая и генерализованная инфекция, не подтверждены неоплазия и гемобластоз. В тоже время наличие у пациента лабораторных маркеров неспецифического воспаления, лихорадки в сочетании с сыпью, артралгиями и лимфаденопатией не позволяло полностью исключить наличие болезни Стилла. В качестве дополнительного лабораторного маркера исследован уровень ферритина сыворотки крови, который был значительно повышен. Поэтому, наиболее вероятным диагнозом представлялась болезнь Стилла. Было принято решение об отмене антибиотикотерапии и проведении терапии глюкокортикостероидами. На фоне терапии метилпреднизолоном состояние пациента значительно улучшилось: температура тела нормализовалась, сыпь исчезла, боли в суставах уменьшились, нормализовались показатели анализов крови.

Выводы. Данный клинический случай подтверждает, что, несмотря на низкую частоту встречаемости, болезнь Стилла не должна выпадать из дифференциально-диагностического поиска врача.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ

ДЮСЬМИКЕЕВА М.И.¹, ГОРЕНКО Д.И.¹, ЕРМОЛКЕВИЧ Р.Р.², ЛОЙ Ю.В.²

¹ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Синдром плеврального выпота остается актуальной проблемой здравоохранения. На долю туберкулезной инфекции приходится от 1,5 до 76,1% всех причин синдрома плеврального выпота, в зависимости от эпидемической ситуации в регионе. Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) с прицельной биопсией плевры является в настоящее время «золотым стандартом» получения диагностического материала. Однако лимитирующим фактором остается время получения диагноза при использовании классических микробиологических методов диагностики. Разработаны современные молекулярно-генетические методы экспресс-диагностики туберкулезной инфекции, однако их применение для биопсийного материала остается мало изученной проблемой.

Цель исследования - определение диагностической значимости молекулярно-генетического метода GeneXpert MTB/RIF в диагностике экссудативных плевритов неустановленной этиологии.

Ретроспективно проанализированы 49 историй болезни пациентов туберкулезного (хирургического торакального) отделения ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» с экссудативными плевритами неустановленной этиологии, которым выполнялась ВАТС с забором материала (ткань плевры) для последующего морфологического и бактериологического исследования за период 2015-2017 гг. Данные обработаны в Microsoft Excel 2013.

При морфологической верификации диагноза экссудативного плеврита были получены следующие результаты: туберкулезная этиология плеврита отмечалась у 18 пациентов (37%), саркоидоз – у 11 пациентов (22%), неспецифический экссудативный плеврит – у 14 пациентов (29%) и злокачественные новообразования плевры первичного и вторичного генеза – у 6 пациентов (12%).

Морфологическое исследование участков париетальной плевры, полученных при выполнении биопсии, имеет наибольшую чувствительность в диагностической тактике у пациентов с экссудативными плевритами неясной этиологии (100%).

При бактериологическом (микроскопическом) исследовании биопсийного материала, полученного при VATS, микроскопия мазков-отпечатков ткани плевры с выявлением кислотоустойчивых бактерий была положительной в 2 случаях (11,1%). Положительные пробы GeneXpert MTB/Rif отмечены в 12 случаях туберкулезных плевритов (66,7%), ложноотрицательные пробы отмечены в 6 случаях (33,3%). Чувствительность данного метода при исследовании биопсийного материала составила 66,7%. Сопоставимую чувствительность (55,6%) мы выявили и для бактериологического (культурального) метода посева на жидкие питательные среды Bactec MGIT 960. Высоко чувствительным среди бактериологических методов диагностики является исследование биоптатов плевры при посеве на твердые питательные среды Левенштейна-Йенсена (чувствительность - 50,0%).

Что касается сроков получения результатов исследования по каждому из доступных на сегодняшний день методов диагностики туберкулеза, то диапазон этих сроков достаточно велик. Так, молекулярно-генетический метод GeneXpert позволяет получить результаты исследования от 2 часов до суток; морфологическое исследование - на $7,8 \pm 3,1$ сутки; метод посева на

жидкие питательные среды Bactec - на $33,4 \pm 11,4$ сутки; метод посева на твердые питательные среды Левенштейна-Йенсена - на $61,7 \pm 12,5$ сутки.

Таким образом, для своевременного назначения адекватной этиотропной терапии необходима ускоренная диагностика этиологии плеврального выпота и определение лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза при установлении туберкулезной этиологии экссудативного плеврита. Наиболее информативным и быстрым методом подтверждения диагноза и определения тактики последующего лечения является комплексное морфологическое и молекулярно-генетическое (GeneXpertMTB/Rif) исследование участков париетальной плевры, полученных путем прицельной биопсии во время видеоассистированной торакоскопии, позволяющее не только в кратчайшие сроки подтвердить или исключить наличие туберкулезного воспаления в биологическом материале, но также и назначить максимально эффективное лечение с учетом модели лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЖИВОТА В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

ЗАЙЦЕВ В.Ф., БАНЬКОВА Е.М., СУХИХ Ж.Л.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Знание основ диагностики острого живота важно в практике врача любой специальности. Особую актуальность и значимость приобретает данный вопрос в связи с переходом здравоохранения республики с участкового принципа оказания помощи к врачу общей практики. Требования общества к нему значительно выше.

Острая абдоминальная боль (боль, развившаяся в животе в течение периода времени от нескольких минут до 7 дней) в 95% случаев свидетельствует о присутствии патологии органов пищеварения и требует от врача выявления причин развития болевых ощущений для дальнейшей эффективной терапии (экстренного обследования и/или оперативного вмешательства).

Решение вопроса о необходимости экстренного оперативного вмешательства более важно, чем установление точного диагноза. При обследовании больного при остром животе следует обратить особое внимание на следующее:

1. Внешний вид больного - выражение лица, мимику, поведение, походку, вынужденное положение, цвет кожи и слизистых оболочек, тип дыхания, участие живота в дыхании, следы травм, операционных вмешательств и т. д.

2. Зоны кожной гиперальгезии, перкуторной болезненности, болезненности отдельных органов при пальпации, напряжение брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга.

3. Изменения в других органах и системах, являющихся реакцией? (источником?) на боль. Это, прежде всего реакция сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, мочеотделения, нервной системы и др.

Тактика врача общей практики. Острый аппендицит – экстренная хирургическая патология, которая проявляется воспалением в области аппендикса и требует срочной госпитализации. «Острый аппендицит - это коварное с точки зрения диагностики и очень опасное по возможным последствиям заболевание» (И.Л.Ротков, 1980 г).

Чаще встречается у лиц в возрасте 20-40 лет, хотя также может возникнуть в детском или пожилом возрасте. Женщины болеют в 1,5-2 раза чаще. Несмотря на достижения в области диагностики и совершенствование хирургических методов лечения, послеоперационные осложнения при остром аппендиците составляют 5-9%. Летальность стабилизировалась за последние десятилетия и составляет в среднем 0,1-0,3%. Учитывая частоту встречаемости этого заболевания, даже такая небольшая вероятность летального исхода оборачивается сотнями жизней ежегодно.

Возрастные особенности аппендицита:

- Дети: быстрое нарастание проявлений. Температура тела чаще высокая. Рвота и диарея более ярко выражены.
- Пожилые: стертость проявлений, что может быть причиной несвоевременной диагностики и госпитализации.
- Беременные: диагностика затруднена, т. к. червеобразный отросток смещен беременной маткой вверх, что приводит к изменению типичного расположения болей, а расположение его за маткой – к снижению выраженности признаков раздражения брюшины. Внутриутробная гибель плода возникает в 2–8,5 % случаев.

Боль в животе при остром аппендиците – наиболее ранний и непреходящий симптом. В начальной стадии боль локализуется в эпигастрии

или околопупочной области (может иррадиировать в пупок, поясницу, пах, подложечную область), носит неинтенсивный, тупой характер. При кашле, резкой перемене положения туловища боль усиливается. Через несколько часов от появления боль смещается в правую подвздошную область и может характеризоваться пациентами как дергающая, колющая, жгущая, режущая, острая, тупая. При болях **можно** принять спазмолитики – но-шпу или папаверин, не более 2 таблеток, и только 1 раз. При остром аппендиците, как правило, отмечаются симптомы нарушения пищеварения: тошнота, одно-двукратная рвота (возникает на фоне боли), метеоризм, запор, иногда – жидкий стул. Температура тела обычно повышается до субфебрильных значений.

При пальпации и перкуссии живота выявляются «патогномоничные» симптомы аппендицита. У 60% пациентов перкуссия в правом нижнем квадранте живота вызывает резкую болезненность (*симптом Раздольского*). *Симптом Ситковского* – усиление боли внизу справа при повороте на левый бок. Глубокая пальпация правой подвздошной области в положении больного на левом боку характеризуется усилением болезненности – *симптом Бартомье-Михельсона*. Усиление боли в правой подвздошной области при попытке приподнять выпрямленную в коленном суставе правую ногу – *симптом Образцова*. *Симптом Воскресенского (симптом «рубашки»)* – значительное усиление болезненности в правой подвздошной при быстром скользящем движении рукой вдоль передней брюшной стенки от рёберной дуги до паховой связки и обратно попеременно, вначале слева, а затем справа (через рубашку пациента).

Знание основ пропедевтики и общей хирургии, позволяют врачу общей практики правильно построить тактику опроса, сбора анамнеза и осмотра пациента. При анкетировании до 45% слушателей курсов повышения квалификации отметили необходимость данной информации.

ОФТАЛЬМОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ АНГИОДИСТОНИИ

ЗАЙЦЕВА Е.Ю., МАЦАК И.Г.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», г.Гомель.*

Церебральная венозная ангиодистония – расстройство тонуса мозговых вен различной этиологии (функциональной, органической). На сегодняшний день является одной из частых причин головных болей и болей в области глаз у лиц молодого возраста. Ангиодистония не считается самостоятельным заболеванием, а в большинстве случаев выступает в качестве сопутствующего комплекса симптомов, обусловленных основным заболеванием.

Основным признаком ангиодистонии являются головные боли различного характера, головокружение, бессонница, шум в ушах, боли в глазах. Развивается чувство тяжести в голове. Некоторые пациенты отмечают ухудшение памяти, нарушение зрительной функции, слуха, обоняния. Головная боль, как правило, тупого, ноющего характера, более выраженная в ночное и утреннее время. Зачастую длительно существующая церебральная венозная ангиодистония приводит к развитию венозной энцефалопатии. Поэтому своевременная диагностика и лечение данного состояния имеет важное значение для улучшения качества жизни пациентов.

Цель исследования. Диагностика изменений состояния глазного дна у пациентов, страдающих церебральной венозной ангиодистонией до и после лечения.

Материалы и методы. В ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» за период с 01 августа 2018 по 31 мая 2019 обследовано 379 человек в возрасте от 18 до 44 лет, страдающих хронической головной болью. Хронической головной болью

считается головная боль, беспокоящая пациента чаще 15 раз в месяц и продолжающаяся больше трех месяцев. Всем пациентам проводились следующие обследования: клинический осмотр, анкетирование по визуальной аналоговой шкале, ОАК, БАК, ЭКГ, ортостатическая проба, исследование дермографизма, офтальмоскопия, визометрия, пневмотонометрия, биомикроскопия, пальпация области глазных яблок, мест выхода лицевого нерва, внешний осмотр глазных яблок с пробой прикрывания, РКТ или МРТ головного мозга, а также консультациями смежных специалистов: ЛОР, стоматолог, эндокринолог, терапевт. Офтальмоскопия выполнялась с использованием офтальмоскопа «Хайне 2000 мини». У 78 (20,58%) пациентов была диагностирована церебральная венозная ангиодистония.

Результаты: У всех пациентов, страдающих церебральной венозной ангиодистонией, на глазном дне отмечалось следующее: расширение диаметра вен, артерий, что характерно для начальной стадии фоновой ангиопатии сетчатки; нечеткость, бледность, ступёванность границ дисков зрительных нервов и их проминенция в полость стекловидного тела. Эти изменения были выявлены нами у шести пациентов за время исследования, они были дополнительно направлены на консультацию к нейрохирургу, для исключения внутричерепной гипертензии. После консервативного лечения при офтальмоскопии отмечалось: сужение артерий, уменьшение полнокровия вен, нивелировалась ступёванность границ диска зрительного нерва и проминенция в полость стекловидного тела, диск зрительного нерва становился розовее.

Выводы: Офтальмоскопия с применением оценки состояния артерий, вен, дисков зрительных нервов может использоваться для комплексной диагностики церебральной венозной ангиодистонии у пациентов с хронической головной болью на ранней стадии.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩИХ

ЗЕЛЕНКО А.В., СИНЯКОВА О.К.

*Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены», Минск,
Республика Беларусь*

Основой профилактики является стратегия высокого риска – выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска неинфекционных заболеваний и проведение мероприятий по их коррекции [1].

С целью повышения эффективности медосмотров по выявлению, лечению, диспансеризации и профилактике заболеваний в рамках обязательных медицинских осмотров были внедрены «Опросные листы» для врачей-специалистов - невролога, оториноларинголога, офтальмолога, а также 4 вида анкет - рабочие условия, SF-36, модифицированный респираторный опросник и опросник Роуза.

Цель исследования – разработать комплекс медико-профилактических мероприятий, направленных на донозологическую диагностику у работающих.

Результаты. По результатам анализа временной нетрудоспособности (далее – ВН) у работников одного из промышленных предприятий установлено, что в структуре ВН лидирующее положение занимают болезни органов дыхания, которые составляют 38,3 % от всех случаев ВН, на втором и третьем местах находятся группы болезней, обусловленные травмами, и заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, при этом показатели заболеваемости у работников предприятия выше среднереспубликанских уровней, что объясняется значительной степенью интенсивности воздействия неблагоприятных производственных факторов.

Наиболее низкие показатели заболеваемости отмечены в группе работников со стажем работы во вредных условиях труда «6-10 лет», что объясняется адаптацией организма к вредным производственным факторам и отсутствием клинических признаков повреждения организма.

При сравнительной оценке респираторных жалоб работников, занятых во вредных условиях труда, и работников административной службы выявлено, что частота встречаемости жалоб на кашель с мокротой или без неё в течение 3 месяцев и более за последние 2 года, отхождение мокроты в утренние часы, ощущение сухости слизистой носа значимо чаще в первой группе, что указывает на наличие производственных вредных факторов. Кроме того, у 26,5 % опрошенных работников предъявляли жалобы на кашель с мокротой. При этом 50 % работников с высоким риском болезней органов дыхания не получали лечения, что свидетельствует о недооценке жалоб со стороны работников и недостаточной профилактической активности медицинского персонала в отношении данной категории работников.

По данным опросника Роуза продемонстрировано наличие признаков атеросклероза у 20,8 % респондентов. При этом жалобы на дискомфорт в грудной клетке беспокоят 8 % работников более 5 лет. Возраст, в котором работники предъявляют жалобы, является типичным для ИБС – в среднем 45(39;53) лет.

В «Опросном листе» для врача - оториноларинголога работники предприятия указывали на имеющиеся жалобы со стороны носа, горла и уха. Обращает внимание, что 100 % опрошенных предъявляли те или иные жалобы со стороны органов дыхания. В стажевой группе «до 5 лет» предъявляло жалобы 22,1 % опрошенных, в группе «6-10 лет» - 16,8 %, «11-15 лет» - 23,2 %, «более 15 лет» - 28,4 %.

В «Опросном листе» на приеме у врача-невролога 77,3 % респондентов указывают на боли в позвоночнике, причем количество работников, предъявляющих данные жалобы, прямо пропорционально стажу работы.

Заключение. Таким образом, для повышения эффективности профилактических осмотров необходимо использовать скрининг-методы для формирования групп повышенного риска развития неинфекционных заболеваний и отбора лиц, нуждающихся в первоочередном целенаправленном обследовании. Эти мероприятия позволят обеспечить своевременную профилактику профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, предупредить несчастные случаи на производстве, уменьшить неблагоприятные последствия вредных производственных факторов, а также отслеживать динамику заболеваний и принимать правильные экспертные решения по результатам медосмотров.

Литература:

1. Куренкова, Г. В. Методические аспекты гигиенической оценки профессионального риска здоровью работников / Г. В. Куренкова, Н. А. Судейкина, Е. П. Лемешевская // Сиб. мед. журн. – 2015. – №7. – С. 46–48.

МИКРОЯДЕРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЗЕЛЕНКО А.В., АФОНИН В.Ю.

*Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр
гигиены», г. Минск, Республика Беларусь*

Развитие хронических неинфекционных заболеваний (далее – ХНИЗ) у работающих определяется не только особенностями образа жизни, факторами производственной среды и связанными с ними факторами риска (далее – ФР), но и индивидуальными особенностями организма [2]. Современные успехи молекулярной медицины позволяют проводить раннюю диагностику предрасположенности к заболеваниям, оценить степень воздействия вредных производственных и непроизводственных факторов на организм, обеспечивая прогноз распознавания и коррекции заболеваний у работников и формирование групп повышенного риска с целью профилактики ХНИЗ.

Микроядерный тест в буккальном эпителии ротовой полости – один из самых широко используемых методов для оценки генетического гомеостаза организма, скрининга воздействия химических соединений и физических факторов на генотоксичность [1].

Материалы и методы. Проведены исследования 62 работников предприятия, подвергающихся воздействию физических и химических факторов. Для проведения микроядерного теста использовали буккальный эпителий.

Результаты. В настоящее время имеется мало данных о влиянии респираторных заболеваний (далее – ОРВИ) и артериальной гипертензии (далее – АГ) на число клеток буккального эпителия с цитогенетическими

повреждениями [5]. Это послужило причиной изучения цитогенетического статуса у работающих в зависимости от наличия в анамнезе указанной патологии.

Для данного исследования были сформированы следующие группы.

1. Группа клинического наблюдения (далее – ГКН): 29 работников без ОРВИ и артериальной гипертензии в анамнезе;

2. Группа сравнения 1 (далее – ГС1): 23 работника с ОРВИ в анамнезе, но без артериальной гипертензии;

3. Группа сравнения 2 (далее – ГС 2): 10 работников с частыми ОРВИ и артериальной гипертензией.

Сравнительный анализ ГКН и ГС 1 показал увеличение числа клеток с микроядрами, однако, статистически значимых различий не установлено. Анализ гибели клеток указывает на достоверные различия ($P < 0,05$) между данными группами.

Сравнительный анализ ГКН и ГС 2 показал наличие достоверного увеличения всех маркеров нестабильности генома клеток буккального эпителия), что указывает на вклад различных факторов в формирование цитогенетического фенотипа.

Микроядерный тест показал наличие достоверного увеличения всех маркеров нестабильности генома клеток буккального эпителия у работников с заболеваниями органов дыхания и артериальной гипертензией ($21,40 \pm 2,95$ %), и у работников с заболеваниями органов дыхания, но без артериальной гипертензии ($25,47 \pm 2,59$ %).

Дана сравнительная оценка частоты цитогенетических нарушений и деструкции ядра (гибели клеток) в буккальном эпителии работников в зависимости от фактора курения (клетки с микроядрами - $1,07 \pm 0,09$ %, клетки с признаками гибели - $19,35 \pm 2,93$ %).

Проведен анализ буккального эпителия работников, подвергающихся воздействию химического производственного фактора в зависимости от фактора курения. По признакам гибели клеток можно отметить, что у курящих работников в буккальном эпителии присутствуют клетки на разных стадиях гибели, в группе «не курящие работники» отмечается в основном клетки на последних стадиях гибели.

Заключение. Микроядерный анализ клеток буккального эпителия обладает достаточно высокой чувствительностью, что позволяет контролировать различные факторы, которые являются причиной или следствием повышения нестабильности генома у человека. В результате можно отметить, что на уровень цитогенетических повреждений влияют заболеваемость и производственные и производственные факторы. Клетки с микроядрами являются более чувствительным маркером, чем клетки с признаками гибели.

Литература:

1. Калаев, В. Н. Микроядерный тест буккального эпителия ротовой полости человека / В.Н. Калаев. – Воронеж: Воронеж. мед. ун-т, 2016. – 3 с.
2. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016. / Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2017. – С. 6.

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ИМ ПЕТЛЕВОГО РЕГИСТРАТОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

КАЗАКОВ С.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

По данным ряда исследований (Framingham Study, Mayo Clinic Study, Rotterdam Study) распространенность фибрилляции предсердий увеличивается в популяции с 1-1,5% в 50 лет до 17,8% у лиц старше 80 лет. Этот вид нарушения ритма сердца повышает риск смерти от инсульта до 25% в течение первых 30-дней и до 63% спустя год после инсульта. При этом у выживших пациентов риск развития деменции становится заметно выше, чем в общей популяции. Для документирования бессимптомной фибрилляции предсердий пациентам, перенесшим инсульт, могут использоваться долговременный неинвазивный мониторинг ЭКГ или имплантируемый петлевой регистратор.

Мотивационное консультирование подразумевает беседу с пациентом, которая основана на принципе сотрудничества и повышение его мотивации к использованию имплантируемого петлевого регистратора как средства диагностики бессимптомной фибрилляции предсердий. Алгоритм проведения беседы включает следующие этапы: вовлечение, фокусирование, побуждение, планирование.

Вовлечение пациента осуществляется на основании имеющихся у него краткосрочных эпизодов изменения самочувствия, которое требует дополнительной диагностики. К каждому возможному проявлению

разработан способ фокусирования, представленный ключевыми словосочетаниями при беседе.

Преходящее сердцебиение - обычно безопасное состояние, когда появляется ощущение, давления в области сердца, а также сердцебиения или перебои в работе сердца. Рекомендуем мониторинг: «Сердцебиение может указывать на серьезное основное заболевание сердца». Фибрилляция предсердий - частое клиническое состояние, при котором отдельные волокна учащенно и нерегулярно сокращаются в предсердиях, при этом врач говорит пациенту: «Фибрилляция предсердий требует диагностики и лечения, вследствие связи этого состояния с развитием инсульта». Криптогенный инсульт - инсульт неизвестной причины, которая может быть вызвана фибрилляцией предсердий, ассоциированной с формированием эмбола и нарушением доставки кислорода к мозгу. В этом случае пациент узнает от врача: «Обнаружение фибрилляции предсердий после инсульта может помочь врачам предотвращать повторный инсульт».

Побуждение пациента к использованию инвазивной технологии выполняется в случае редких пароксизмов, которые не были диагностированы с помощью мониторинга по Холтеру. При этом следует добиваться гарантированного понимания пациентом причины, по которой ему показана имплантация монитора. Для этого следует предоставить пациенту брошюру, разработанную производителем предполагаемого к имплантации устройства. В ходе беседы следует установить сроки, в течение которых будет проводиться мониторинг. Для улучшения терапевтического обучения пациента следует ответить на его вопросы и рекомендовать ему снова обратиться к изучению брошюры имплантируемого регистратора. Оптимально такая беседа проводится за неделю до имплантации, а после получения информированного согласия выполняется сама процедура имплантации.

Планирование осмотров пациента врачом-аритмологом и использование устройства-программатора осуществляется на визитах в сроки: 2 недели, 6 недель, 3 месяца и произвольные сроки, определяемые врачом. Во время этих визитов пациента мотивируют к наблюдению за своим состоянием и активации записи с помощью ручного устройства (например, гаджет Patient Assistant): «Если Вы испытываете признаки: головокружения, слабость или сердцебиение, то в течение этого времени или очень вскоре после появления признака, Вам следует нажимать кнопку на устройстве «Помощник Пациента» и держите его над Вашим сердечным монитором». Оценка времени возникновения, длительности и количества эпизодов бессимптомной фибрилляции предсердий проводится с помощью устройства-программатора. Оптимизация мониторинга осуществляется активацией соответствующих программ имплантируемого устройства при его программировании.

При анализе характера нарушения ритма у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда, с использованием имплантируемого регистратора (CARISMA STUDY), установлено: фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия обнаружены в 17%, а впервые выявленная фибрилляция предсердий чаще – у 27% пациентов. При использовании новых диагностических технологий необходимо достигать адекватного участия пациента в этом процессе.

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ НИТАРГАЛА

КАРПОВА И.С., АТРОЩЕНКО Е.С., РУСАК Т.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Беларусь, Минск

Диагностика и восстановление жизнеспособного миокарда в зоне ишемического поражения в настоящее время является важным прогностическим критерием предотвращения патологического ремоделирования и развития сердечной недостаточности после инфаркта миокарда (ИМ). Развитие хронической сократительной дисфункции может возникать в случаях нормального или почти нормального миокардиального кровотока в покое, даже после реваскуляризации при сниженном коронарном резерве. Частые повторяющиеся эпизоды индуцированной нагрузкой ишемии вызывают и поддерживают состояние гибернации, так что лечение должно включать регулярный прием, прежде всего донаторов оксида азота. Целью работы явилось изучение динамики структурно-функциональных нарушений при постинфарктном кардиосклерозе по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) после перенесенного ИМ на фоне лечения антиишемическим нитратом нового поколения нитаргалом.

Материалы и методы. В исследование было включено 62 пациентов среднего возраста 65,9 (61,0; 67,0) с постинфарктным кардиосклерозом и гибернацией миокарда. Пациенты были разделены на 4 группы: лица после кардиохирургического лечения (АКШ, МКШ, стентирование коронарных артерий), получавшие медикаментозную терапию с включением нитаргала – 19 человек (I группа), лица после реваскуляризации со стандартной

медикаментозной терапией – 14 человек (II группа), пациенты без предшествовавшего интервенционного вмешательства с медикаментозной терапией, включавшей нитаргал, - 18 человек (III группа) и лица без интервенционного вмешательства со стандартной медикаментозной терапией – 11 человек (IV группа). Нитаргал использовался по 40 мг 2 раза в день в течение 12 месяцев.

Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включавшее ЭКГ в 12 стандартных и 60 отведениях (ЭКГ картирование), трансторакальную ЭхоКГ в комбинации со спекл трекинг на ультразвуковом аппарате Vivid-9 (GENC, США). Для определения зон гибернированного и ишемизированного миокарда использовалась стресс-ЭхоКГ с дозированной кистевой изометрической нагрузкой. Признаки жизнеспособного (гибернирующего) миокарда оценивались в случае появления систолического прироста продольной систолической деформации миокарда (ПСДМ) в 3 и более сегментах ЛЖ с нарушенной сократимостью (из акинеза в гипо- или нормокинез, из гипокинеза – в нормокинез) при спекл трекинг стресс-ЭхоКГ.

МРТ сердца осуществлялась на высокопольном магнитно-резонансном томографе Siemens Magnetom Aera с индукцией магнитного поля 1.5 Т с системой синхронизации сканирования с ЭКГ с Gd-содержащим препаратом. Протокол сканирования включал импульсные последовательности: HASTE, Cine, отсроченное контрастное усиление, стандартные сердечные проекции. Все выявленные изменения фиксировались в сегментах с использованием 17-сегментной схемы «бычий глаз». Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 7.0. Данные представлены в виде M и медианы (25-й и 75-й процентиля).

Результаты и обсуждение. Через год активного лечения с включением нитаргала в абсолютном большинстве случаев были полностью либо частично купированы явления ишемии и гибернации миокарда в I и III

основных группах, в то время как в обеих контрольных (II и IV) число гибернированных и ишемизированных участков у большинства пациентов не изменилось или даже возросло. По данным МРТ через год стандартной терапии во II контрольной группе достоверно увеличилось число сегментов миокарда в состоянии акинеза ($p = 0,02$). В IV контрольной группе через год стандартной терапии также достоверно увеличилось число сегментов миокарда в состоянии акинеза ($p = 0,005$), а число сегментов с глубиной поражения 50% возросло более чем в 2,5 раза. Напротив, на фоне нитаргала значительно уменьшилось число сегментов с толщиной повреждения 25% ($p = 0,005$) и 50% ($p = 0,0045$).

Заключение. На фоне улучшения жизнеспособности миокарда у постинфарктных пациентов наблюдалось улучшение структурно-функциональных показателей по данным МРТ в виде уменьшения зон фиброза с толщиной повреждения 25% и 50% и улучшения сократимости в них. Показатели ПСДМ полученные при спекл-трекинг ЭхоКГ, могут быть использованы не только для количественной оценки сегментарной сократимости миокарда у постинфарктных пациентов, но и при пробе с изометрической стресс-нагрузкой - для оценки эффективности коррекции гибернации миокарда.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ВОРОБЬЕВА Е.П., КАШИЦКАЯ М.Э., ШТОНДА М.В., МАКОВСКАЯ А.А., ЧЕЧКО Р.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск,

УЗ «2 городская клиническая больница», г. Минск

У пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) часто встречающимися психическими расстройствами являются тревога и депрессия. По данным ряда авторов, клинически значимые симптомы тревоги наблюдаются у 20–42% пациентов с ССЗ, и более, чем у 50 % пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Для пожилых людей депрессивные и тревожные расстройства являются частой составляющей коморбидного статуса, и их распространенность на 60% выше, чем в общей популяции. Они ассоциированы с ухудшением прогноза, снижением приверженности к лечению, увеличением затрат на лечение.

Цель исследования. Изучить психологический статус, приверженность к лечению и качество жизни пациентов с разными формами ФП.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с ФП на фоне ИБС в возрасте от 52 до 83 лет (в среднем $67,5 \pm 1,5$ года). В зависимости от формы ФП пациенты были распределены на 2 группы. В Группу 1 вошли 32 пациента с персистирующей формой ФП, в Группу 2 - 28 пациентов с постоянной формой ФП. Всем пациентам проведено стандартное обследование (клинический осмотр, ЭКГ, ЭХОКГ, ХМ-ЭКГ, лабораторная диагностика). Психологический статус пациентов оценивался на основании данных полученных по шкале оценки депрессии Бека и шкале тревоги Спилберга. Для оценки приверженности к медикаментозному лечению использовался тест Мориски-Грина. Для оценки качества жизни

(КЖ) пациентов использовался опросник SF-36 (краткая форма оценки здоровья). Сбор материала производился путем самостоятельного заполнения анкет пациентами. Для сравнения выборок использовался t-критерий Стьюдента в случае нормального распределения и критерий Манна-Уитни в случае распределения не соответствующего нормальному. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05.

Результаты. При оценке психологического состояния (уровня депрессии) по шкале Бека в Группе 1 не выявлено признаков депрессии у 24 пациентов (75 %), 6 пациентов (18,65%) находились в субдепрессивном состоянии или имели признаки легкой депрессии, признаки выраженной депрессии выявлены у 2 пациентов (6,35%). В Группе 2 признаков депрессии не отмечалось у 4 человек (14,3 %), 3 пациента находились в субдепрессивном состоянии (10,71%), признаки легкой депрессии обнаружены у 13 пациентов (46,42%), выраженной депрессии – у 8 пациентов (28,57%).

Уровень тревоги был повышен (более 30 баллов по шкалам СТ и ЛТ Спилбергера-Ханина) у всех пациентов вне зависимости от формы ФП. У пациентов в Группе 1 не отмечено достоверного преобладания ситуационной или личностной тревоги- у 17 пациентов (53,12%) преобладала ситуационная тревога, у 15 пациентов (46,87%) – личностная, у пациентов в Группе 2 отмечено преобладание ситуационной тревоги - у 18 пациентов (64,28%).

По данным валидизированного теста Мориски–Грина приверженными к лечению были только 18 (30%) из 60 пациентов, недостаточно приверженными— 13 (21,6%), не привержены лечению оказались 29 пациентов (48,4%). Четкой связи между приверженностью к лечению и формой ФП не выявлено.

По данным опросника SF-36 выявлено снижение качества жизни у пациентов с фибрилляцией предсердий, при этом в Группе 1 значительное снижение отмечается по психологическому компоненту – 24 пациентов (75%), а в Группе 2 - по физическому компоненту – 20 пациентов (71%).

Заключение. Проведенное исследование позволяет заключить, что у пациентов с ФП вне зависимости от формы повышен уровень тревоги, с преобладанием ситуативной тревожности у пациентов с постоянной ФП. У пациентов с постоянной формой ФП чаще имеются признаки легкой и выраженной депрессии (в 85,71% случаев), у пациентов с персистирующей формой ФП выявлены субдепрессивные состояния и легкая депрессия (18,65%). Установлено снижение качества жизни пациентов с наличием как пароксизмальной, так и постоянной формы фибрилляции предсердий и снижение приверженности к лечению данных больных. Ухудшение показателей качества жизни у пациентов с постоянной формой ФП снижено по физическому (РСН), у пациентов с персистирующей формой ФП - по психологическому (МСН) компонентам. Снижение приверженности к лечению у всех пациентов с фибрилляцией предсердий не имеет четкой связи между степенью приверженности и формой ФП.

ОЦЕНКА КАРДИОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА МЕТОДА ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПЕР- ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В БОРЬБЕ С РЕПЕФУЗИОННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*КОРЕНЕВА Е.А., ДЕНИСЕВИЧ Т.Л., ЗОТОВА О.В., РОМАНОВСКИЙ Д.В.,
СТЕЛЬМАШОК В.И., ПОЛОНЕЦКИЙ Л.З., БУЛГАК А.Г.*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Одним из наиболее перспективных методов кардиопротекции в борьбе с реперфузионным повреждением может считаться ишемическое кондиционирование .

Цель работы: оценить кардиопротективный эффект метода дистантного ишемического пер-посткондиционирования в борьбе с реперфузионным повреждением у пациентов с острым инфарктом миокарда

Материалы и методы. За период от января 2017 по март 2019 года в настоящее проспективное рандомизированное исследование включено 58 пациентов, которым на догоспитальном этапе был выставлен диагноз ИМпST. Пациенты случайным образом были распределены на следующие группы: Основная группа (ОГ): на фоне проведения первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ) выполнялась процедура ишемического дистантного перкондиционирования в комбинации с поздним ишемическим дистантным посткондиционированием (ДИпер-постК). Контрольная группа (КГ): процедура пЧКВ выполнялась без дополнительного проведения ДИпер-постК.

Методика ДИпер-постК заключается в 4 последовательных циклах компрессии/декомпрессии плечевой артерии манжетой тонометра до

давления 200 мм рт. ст. общей продолжительностью 35 минут. Данная процедура инициировалась немедленно при поступлении в стационар без задержки выполнения пЧКВ и повторялось отсрочено после реканализации.

Критериями включения являлись следующие: впервые развившийся ИМпСТ с локализацией ишемии в области передней стенки ЛЖ с длительностью болевого синдрома 1,5-6 часов, без предшествующего тромбозиса, реваскуляризации, без сахарного диабета в анамнезе. Ангиографические критерии исключения: многососудистое поражение, отсутствие острого окклюзирования (кровоток TIMI >2), ИСА любая другая, кроме ПМЖВ.

Следует отметить, что все пациенты обеих групп дополнительно получали стандартную медикаментозную терапию согласно клиническим протоколам лечения ИМ (постановление МЗ РБ №59 от 06.06.2017 г.).

Для оценки зоны повреждения миокарда ЛЖ использовался энзиматический метод. Проводилось измерение концентрации кардиоспецифического тропонина I (TnI) в плазме крови исходно и через 6, 12 и 24 часа после реканализации ИСА методом хемилюминисцентного иммуноферментного анализа на микрочастицах аппаратом ARCHITECT Analyzer CI8200 Abbott.

Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программ STATISTICA (StatSoft Inc., США, версия 6.5). Для расчёта площади под ROC-кривой использовалась программа MedCalc.

Результаты и обсуждение. Основные клиничко-анамнестические характеристики пациентов приведены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика включённых в исследование пациентов ($p < 0.05$)

Признак	ГК (n = 32)	ОГ (n = 26)
Мужской пол, n (%)	28 (84,4)	20 (76,9)
Возраст (лет), $M \pm \sigma$	55 ± 2	55 ± 6
ИМТ, %	28,6	27
Курильщики, n (%)	21 (66,7)	13 (50)
Артериальная гипертензия, n (%)	24 (75)	21 (80,8)
Уровень глюкозы в крови при поступлении, (ммоль\л) (Me (Q1; Q3)).	7,9 (6,55;8,92)	7,7 (6,7;8,8)
Среднее время боль-баллон, (мин), (Me (Q1; Q3)).	150 (135;217)	170 (150;260)

Как видно из таблицы 1, типичным представителем выборки является 55-летний мужчина-курильщик, страдающий артериальной гипертензией, с длительностью болевого синдрома около 3 часов.

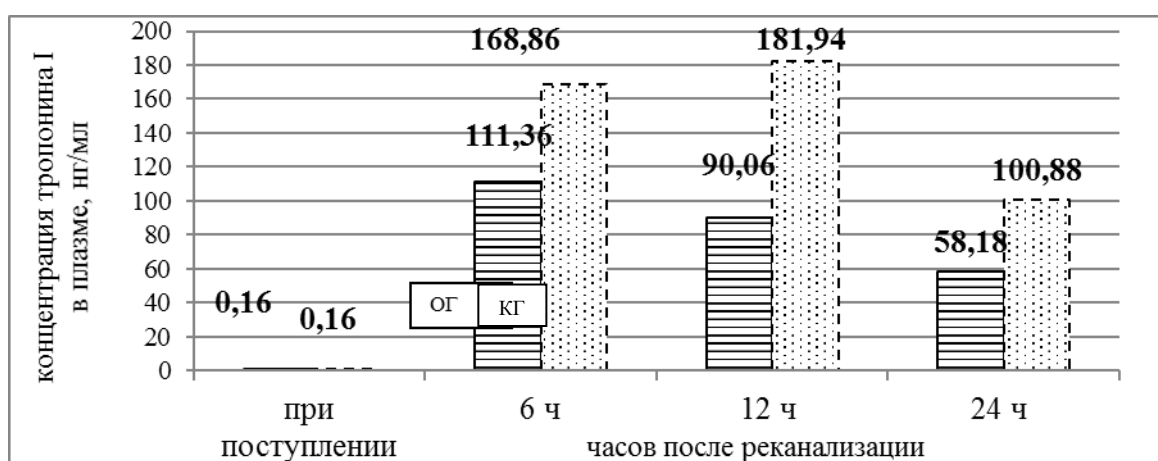


Рисунок 1 Высвобождение TnI в плазму крови у пациентов ГК и ОГ в течение суток после реканализации ИСА.

Пиковая концентрация TnI в плазме крови у пациентов КГ была выше аналогичного показателя в ОГ (168,85 vs 111,36 нг\мл, $p < 0.05$). Снижение пиковой концентрации в ОГ начиналась уже после 6 часов после реканализации. В то же время, в ГК снижение отмечается только после 12 часов от момента восстановления кровотока.

Таблица 4. Площадь под кривой (AUC) высвобождения TnI в плазму крови у пациентов ГК и ОГ от момента поступления и в течение суток после реканализации ИСА (AUC 1-4)

Показатель AUC	Группа		P
	ОГ	КГ	
AUC 1-4	249 (182; 301)	475 (295; 641)	0,027

Общий объём повреждения миокарда ЛЖ у пациентов ОГ от момента поступления в стационар и в течение суток после реканализации ИСА на 47% меньше, чем у пациентов

Выводы

1. Снижение пиковой концентрации в ОГ начинается раньше, чем ГК- через 6 и 12 часов после реканализации соответственно.
2. Пиковая концентрация TnI в плазме крови у пациентов КГ достоверно выше аналогичного показателя в ОГ (168,85 vs 111,36 нг\мл, $p < 0,05$).
3. Общий объём повреждения миокарда ЛЖ, оцениваемый энзиматическим методом, у пациентов ОГ на 47% меньше, чем у пациентов ГК.
4. Динамика высвобождения TnI в плазму крови свидетельствует об уменьшении вклада реперфузионного повреждения и сохранении большего объёма жизнеспособного миокарда левого желудочка после проведения метода ДИпер-постК.

ПРЕДИКТОРЫ ПРОДЛЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

КОРНЕЛЮК И.В., БОХАН Н.А., БОРИСОВА Т.Б., РАИК А.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск

Реферат. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) при уровне СОЭ ≥ 11 мм/ч вероятность продленной госпитализации возрастала в 5,6 раз.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, продленная госпитализация

Введение. Общие факторы риска (возраст, курение, гиподинамия, урбанизация) обуславливают высокую частоту встречаемости ХОБЛ в сочетании с ИБС, а общие звенья патогенеза (гипоксия, системное воспаление, окислительный стресс, эндотелиальная дисфункция) – их сложное коморбидное взаимодействие. Наличие у пациента сочетания ХОБЛ и ИБС способно существенно изменить течение каждого из ассоциированных заболеваний. Некоторые пациенты нуждаются в длительной госпитализации, которая ассоциирована с увеличением риска внутрибольничной инфекции, общей смертности, а также перегрузкой коечного фонда и дополнительными расходами.

Цель работы – выявить предикторы продленной госпитализации (ПГ) пациентов с ХОБЛ в сочетании с ИБС по данным стандартных методов обследования.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении №1 УЗ «10-я городская клиническая

больница» г. Минска в период с 01.01.2018 по 31.12.2018 с ХОБЛ, ИБС или их сочетанием. Критериями исключения являлись: острое сердечно-сосудистое событие (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, острое нарушение мозгового кровообращения), острая легочная патология (пневмония, острый бронхит), декомпенсация других хронических заболеваний, онкологические заболевания.

В исследование было включено 110 пациентов: 12 страдали ХОБЛ, 39 – ИБС, 59 – сочетанием ХОБЛ и ИБС. Анализировались анамнестические данные (пол, возраст, длительность госпитализаций), данные лабораторных (общий анализ крови, общий белок, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, электролиты, СРБ) и инструментальных (ЭКГ, пульсоксиметрия) исследований. Критерием ПГ было непрерывное пребывание в стационаре сроком 15 дней и более.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «STATISTICA 12» с применением методов непараметрической статистики и логистической регрессии с последующим ROC-анализом. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,03$. Данные представлены в виде Ме [Q25; Q75].

Результаты и их обсуждение. В исследуемой когорте преобладали пациенты с сочетанием ХОБЛ и ИБС (54%). Изолированная ХОБЛ встречалась значительно реже (11%), причем возраст таких пациентов был достоверно меньше, чем в группе ХОБЛ+ИБС (58 лет [54; 65] против 73 лет [66; 80]).

Средняя продолжительность госпитализации в трех группах составила: ХОБЛ – 12,9 дн., ИБС – 11,9 дн., ХОБЛ+ИБС – 13,3 дн. ($p > 0,03$). Доля пациентов, нуждавшихся в ПГ, во всех группах была примерно одинаковой: ХОБЛ – 25%, ИБС – 28%, ХОБЛ+ИБС – 32%. Поскольку в группе ХОБЛ

только 3 человека нуждались в ПГ, ввиду недостаточности данных для анализа, логистическая регрессия для нее не проводилась.

В группах ХОБЛ+ИБС у пациентов с ПГ отмечена достоверно более высокая СОЭ при поступлении в ($p < 0,03$). Методом ROC-анализа оптимальное пороговое значение СОЭ при поступлении, позволяющее прогнозировать ПГ у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ИБС, было определено на уровне ≥ 11 мм/ч. В этом случае чувствительность признака составляет 83,3%, специфичность – 52,9%. При превышении порогового значения вероятность продленной госпитализации возрастала в 5,6 раз.

Заключение. ИБС занимает особое место в числе коморбидных состояний при ХОБЛ, о чем ярко свидетельствует преобладание в структуре пациентов пульмонологического отделения сочетанной патологии (ХОБЛ и ИБС – 54%) над изолированной. Для прогнозирования продленной госпитализации таких пациентов может использоваться показатель СОЭ при поступлении, входящий в объем обязательной диагностики, предусмотренной «Клиническим протоколом диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких». Предиктором продленной госпитализации является значение СОЭ, равное или превышающее 11 мм/ч.

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЕЕ СВЯЗЬ С МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КОРОБКО И.Ю., НЕЧЕСОВА Т.А., ПАВЛОВА О.С.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

Введение. В настоящее время установлено, что артериальная жёсткость и её гемодинамические последствия — предикторы неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Одним из патогенетических механизмов, участвующих в формировании артериальной гипертензии (АГ), является повышение жесткости сосудистой стенки. Было доказано, что большинство известных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений реализует свое действие через изменение свойств сосудистой стенки. В тоже время практически отсутствуют работы, затрагивающие изменения сосудистой стенки при нарушенном обмене макро- и микроэлементов.

Цель исследования. Определить показатели, характеризующих жесткость сосудистой стенки, и выявить связь с микроэлементарным составом волос у пациентов АГ с I-III ст.

Материалы и методы исследования. Клинико – инструментальное обследование проведено у 115 пациентов с АГ I-III ст. (мужчин – 28, женщин – 87). Оценка жесткости магистральных сосудов выполнялась при помощи аппланационной тонометрии «Sphygmocor». Определялись следующие показатели: центральное аортальное давление (ЦАД), центральное пульсовое давление (ЦПД), индекс аугментации (ИА), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) Анализ волос на микроэлементарный состав проводился с использованием рентгено-флуоресцентного метода. Статистический анализ выполнялся с помощью статистических пакетов

STATISTICA, 10 и SPSS, 20. Использовался t-критерий Стьюдента. Данные представлены в виде среднего значения (М) ± стандартное отклонение. Для определения взаимосвязи двух переменных использовался коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты исследования. Уровни систолического и диастолического артериального давления (АД) в целом по группе составили $153,3 \pm 19,7$ мм рт.ст. и $91,5 \pm 11,2$ мм рт.ст. У женщин уровни систолического АД составили $153,5 \pm 19,7$ мм рт.ст., диастолического $90,3 \pm 10,9$ мм рт.ст. У мужчин уровни систолического АД были $152,9 \pm 20,0$ мм рт.ст. а диастолического - $95,4 \pm 11,4$ мм рт.ст.

У женщин СРПВ составила $8,4 \pm 1,48$ м/сек, ЦАД – $143,4 \pm 16,1$ мм рт.ст., ЦПД – $52,4 \pm 12,1$ мм рт.ст., ИА – $34,4 \pm 10,4$ %. У мужчин уровень СРПВ был $9,4 \pm 1,7$ м/сек, ЦАД – $135,6 \pm 30,7$ мм рт.ст., ЦПД – $42,5 \pm 11,8$ мм рт.ст., ИА – $19,7 \pm 13,4$ % (таблица)

Таблица – Показатели жесткости сосудистой стенки у мужчин и женщин

Показатель	Пациенты		
	Женщины (n=87)	Мужчины (n=28)	P
СРПВ, м/сек	$8,4 \pm 1,48$	$9,4 \pm 1,7$	$< 0,01$
ЦАД, мм рт.ст.	$143,4 \pm 16,1$	$135,6 \pm 30,7$	$> 0,05$
ЦПД, мм рт.ст.	$52,4 \pm 12,1$	$42,5 \pm 11,8$	$< 0,004$
ИА, %	$34,4 \pm 10,4$	$19,7 \pm 13,4$	$< 0,0005$

Из таблицы видно, что у мужчин СРПВ была достоверно выше ($p < 0,01$), чем у женщин. Напротив, ЦПД и ИА были достоверно выше у женщин, чем у мужчин ($p < 0,004$ и $p < 0,0005$, соответственно).

Далее была проанализирована связь между микроэлементным составом волос и показателями жесткости сосудистой стенки у пациентов с АГ I-III ст. Было выявлено, что такие микроэлементы как цинк, селен и хром имели

достоверную корреляционную связь с показателями жесткости сосудистой стенки, такими как ЦАД и ЦПД. Кроме того, ряд микроэлементов, таких как серебро, никель, стронций и сурьма, имели корреляционную связь с рядом показателей, характеризующих жесткость сосудистой стенки. Такой элемент как серебро имел положительную корреляционную связь с ИА, сурьма с ЦАД ($r = 0,25$; $r = 0,27$; соответственно $p < 0,05$). Никель имел отрицательную корреляционную связь с ЦАД, стронций с СРПВ ($r = - 0,20$; $r = - 0,22$ соответственно; $p < 0,05$). У других микро- и макроэлементов корреляционной зависимости с показателями жесткости сосудистой стенки не выявлено.

Выводы. Таким образом, выявлено, что у пациентов с АГ I - III ст. отмечается различной степени выраженности нарушения жесткости сосудистой стенки, что отражает процессы ремоделирования сосудов при АГ. Установлена корреляционная связь микро- и макроэлементов с показателями жесткости сосудистой стенки.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ЭКСПЛУАТАЦИИ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ КАЛИЙНЫХ РУДНИКОВ ДЛЯ СПЕЛЕОТЕРАПИИ

КОСЯЧЕНКО Г.Е.¹, НИКОЛАЕВА Е.А.¹, ЛЕВЧЕНКО П.А.², ДУБОВИК Н.Н.²

¹Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены», г. Минск

²Учреждение здравоохранения «Республиканская больница спелеолечения»,

г. Солигорск

Хронические неспецифические заболевания легких входят в число наиболее актуальных медицинских и социальных проблем Беларуси. Приоритетным направлением решения этой проблемы является развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи, совершенствование профилактических и реабилитационных технологий, внедрение и широкое применение высокоэффективных методов лечения, позволяющих управлять уровнем и течением заболеваний (**Стратегия развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020 года**).

На современном этапе развития медицинской науки большое внимание уделяется изучению возможности применения различных методов немедикаментозного лечения и реабилитации заболеваний. В настоящее время в комплексные реабилитационные программы, разработанные для бронхолегочных больных, включены многие физические факторы, признанные болезнью модифицирующими. Одним из них является спелеотерапия, широко применяемая во многих европейских странах, в том числе Беларуси, для лечения больных с бронхиальной астмой, хроническим бронхитом, поллинозом и другими заболеваниями органов дыхания.

Около четверти века в г. Солигорске на базе Старобинского месторождения калийных руд функционирует подземное отделение ГУ

«Республиканская больница спелеолечения». Многолетние наблюдения свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте применения этого метода при лечении и реабилитации заболеваний органов дыхания.

Вместе с этим, в связи с расширением подземного спелеокомплекса больницы, увеличения численности пациентов, проходящих курсы лечения и реабилитации в подземных условиях и, соответственно, увеличения масштабов антропогенного влияния на спелеосреду, приобрели актуальность вопросы контроля основных гигиенически значимых параметров среды, рационального использования ее целебных свойств, планирования организации работы для обеспечения долговременной и эффективной эксплуатации уникального объекта здравоохранения республики.

Образующаяся естественным путем, среда спелеостационаров в калийных рудниках чрезвычайно чувствительна к внешним воздействиям, в том числе – присутствию людей, что расценивается как нагрузка антропогенного характера. До сих пор полностью не определены механизмы регенерации спелеосреды и не в полной мере изучены роль антропогенной нагрузки, значение организационных и технических факторов, состояние которых в совокупности оказывает влияние на непосредственные и отдаленные результаты курсового пребывания в условиях спелеостационаров. В этой связи, особое значение представляет не только их выявление, но и выделение наиболее гигиенически значимых, управляемых факторов, с помощью коррекции которых возможно управлять качеством спелеосреды, предотвращать негативные изменения ряда факторов, оказывающих позитивное влияние на течение хронических бронхолегочных заболеваний у пациентов, тем самым повышать качество оказания медицинской помощи населению.

Уникальность метода спелеотерапии определяет актуальность и необходимость разработки специфических охранных мероприятий в

спелеокомплексах. Реализация их должна обеспечивать эффективное протекание регенеративных процессов в подземном отделении, устойчивость параметров и долговременную эксплуатацию объекта.

В рамках отраслевой научно-технической программы «Гигиеническая безопасность» на 2019-2021 гг. запланированы и проводятся динамические сезонные инструментальные гигиенические, микробиологические исследования параметров факторов спелеосреды при разной антропогенной нагрузке в двух отделениях спелеокомплекса, размещенных на глубине 420 м в разных по физико-химическим свойствам геологических образованиях соляного массива калийного рудника (галитовый – минерал с преобладанием хлорида натрия и сильвинитовый – продуктивный калийсодержащий минерал). Предстоит установить гигиенически значимые процессы естественного формирования параметров факторов среды в подземных отделениях спелеокомплекса с учетом антропогенной нагрузки на среду, определить факторы и периодичности их контроля, методы корректирующих действий по поддержанию и сохранению природных процессов регенерации спелеосреды для эффективной и долговременной эксплуатации лечебного учреждения в калийных рудниках. На основе полученных данных будут обоснованы гигиенические показатели качества спелеосреды, разработаны схема производственного контроля и методические материалы, содержащие предложения по управлению параметрами спелеосреды, создана информационная база, содержащая динамику параметров факторов спелеосреды в стационарах для анализа и корректирования качественной характеристики среды.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В И С

КРУМКАЧЕВА А.Ю.¹, ГРИБ В.А.¹, ГЕРМЕНЧУК И.А.¹,

ПАНКРАТОВА Ю.Ю.¹, ДУДАРЕВА Н.И.²

¹*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь*

²*УЗ «10-я городская клиническая больница» Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Вирусные гепатиты В (ВГВ) и С (ВГС) являются актуальной проблемой современной медицины во всем мире. К группам высокого профессионального риска заражения данной инфекцией относятся работники хирургических, травматологических, реанимационных, гинекологических и других отделений [3]. В Беларуси заболеваемость ВГВ и ВГС у медиков занимает второе место среди профессиональных патологий, развившихся от воздействия биологического фактора, а частота встречаемости вышеуказанной инфекции в 6 раза выше, чем у трудящихся в других сферах деятельности [2]. Связано это с тем, что сотрудники медицинских учреждений выполняют различные манипуляции, связанные с травматизацией кожи и слизистых оболочек. По статистике, в РБ ежегодно регистрируется свыше 200 медработников с ВГВ и ВГС. По данным эпидемиологических исследований, медики чаще заболевают ВГВ (в 63,6% случаев). Из них женщины более подвержены заражению [1]. Наиболее высокая заболеваемость ВГВ и ВГС регистрируется у медсестер и врачей-хирургов, связанная с частым контактированием данных работников с биологическими инфицированными материалами пациентов, несоблюдением правил личной безопасности, травматизацией кожных покровов во время операций, нарушением технологии обработки инструментов.

Целью исследования явилось изучение информированности учащихся медицинского ВУЗа младшего и старших курсов о мерах профилактики против вирусов ВГВ и ВГС.

Материалы и методы. В социологическом исследовании приняли участие студенты первого (83 человека) и старших курсов (108 человек) лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета. Учащиеся отвечали на 13 вопросов, посвящённых проблеме инфицирования ВГВ и ВГС медицинскими работниками. Вопросы содержали несколько вариантов ответов, студентам нужно было выбрать верное решение. Статистическая обработка данных совершалась при помощи прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Результаты полученных данных показали, что большинство участников младших (83%) и старших курсов (88%) приобрели знания о путях инфицирования ВГВ и ВГС медработниками ($p < 0,05$). Худшие результаты отмечались при ответе на вопросы, относящиеся к теме профилактики (например, о средствах индивидуальной защиты и др.) против ВГВ и ВГС: преобладающая часть всех респондентов (78% и 64% соответственно, $p < 0,05$) не смогли выбрать правильный вариант ответа. Одинаково верно участники обеих групп отметили, что биологические жидкости пациента нужно транспортировать только в герметичных упаковках (75% и 77% соответственно, $p < 0,05$). Практически половина студентов знала алгоритм действий при возникновении «аварийной» ситуации (то есть при инфицировании ВГВ и ВГС) на рабочем месте (59% и 65% соответственно). Более 10% опрошенных было известно, что при заражении ВГС в 90% случаев повышается риск развития цирроза или рака печени ($p < 0,05$). Только половина всех участников владела информацией о существовании вакцинации против ВГВ. О наличии

бесплатного лечения против ВГС для граждан Беларуси знали свыше 80 % опрошенных.

Выводы: Результаты социологического опроса показали недостаточную информированность студентов медицинского ВУЗа о мерах защиты, профилактики, лечения против ВГВ и ВГС. Для предупреждения в будущем профессионального риска заражения молодых специалистов вышеуказанной инфекцией, необходимо больше внимания уделять данной проблеме при изучении тем, посвященных ВГВ и ВГС.

Литература:

1. Волоченко, А.Н. Заболеваемость медицинских работников парентеральными вирусными гепатитами в Республике Беларусь в 2010–2014 гг. / А.Н. Волоченко, В.В. Запольская, Е.Б. Варивода // Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. науч.тр. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр эпидемиологии и микробиологии; гл. ред. Л.П. Титова. — Минск: ГУ РНМБ, 2015. — Вып. 8. — С. 50–55.
2. Зеленко, А.В. Анализ заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами медицинских работников в Республике Беларусь / А.В. Зеленко, С.В. Федорович, Е.А. Семушина и [др.] // Здоровье и окружающая среда. — 2016. — № 26. — С. 173-175.
3. Косарев, В. В. Медицинские работники - группа риска по гемоконтактным инфекциям / В. В. Косарев, С. А. Бабанов // Здравоохранение. — 2011. — №2. — С. 133-137.

МЕТОБОЛОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

КРУМКАЧЕВА А.Ю., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Заболевания органов дыхания являются серьёзной социальной проблемой здравоохранения во всем мире в связи развитием временной или стойкой утраты трудоспособности пациентов, что приводит к снижению их качества жизни. Существующих современных методов диагностики порой недостаточно для полной оценки функционального состояния дыхательной системы. Поэтому в практике пульмонологов имеется необходимость поиска новых биомаркёров – простых и доступных в измерении соединений, которые помогут раскрыть этапы развития определённых патологических процессов, станут скринингом для ранней диагностики заболеваний дыхательной системы, сыграют роль в оценке прогноза развития осложнений болезней и выбора правильной тактики лечения.

Материалы и методы. В настоящее время быстрыми темпами развивается направление науки, изучающее метаболическое профилирование в биологических средах – метаболомика. Другими словами, метаболомика занимается распознаванием и количественным определением метаболитов биологического объекта [2]. Метаболиты – соединения массой менее 3 тысяч дальтон, участвующие в процессах метаболизма и необходимые для сохранения и поддержания на должном уровне гомеостаза и нормальной жизнедеятельности клеток [2]. Метаболом – совокупность всех низкомолекулярных метаболитов в клетке, ткани, органе, биологической жидкости; является уникальным «отпечатком пальцев», специфичным для процессов, протекающих в живых клетках [1;3]. Основной задачей метаболомики является изучение реакции органов и систем (в том числе и

дыхательной системы) в ответ на воздействие различных факторов окружающей среды, например, влияния табачного дыма, производственной пыли, инфекционного возбудителя и других агентов. Установлено, что вследствие любого внешнего воздействия на организм происходит увеличение концентрации метаболитов во много раз. А учитывая, что клеточные метаболиты находятся постоянно в физиологическом равновесии с метаболитами биологических сред, омывающих эти клетки, при изменении концентрации метаболитов наблюдаются изменения и в составе биологических жидкостей [1]. Таким образом, изучая метаболический профиль, можно получить знания о патологических процессах, протекающих в биологических образцах.

Изучение метаболического профиля осуществляется с помощью масс-спектрометрического детектирования или ядерно-магнитно-резонансной спектроскопии, позволяющих определить массу ионов метаболитов и обеспечивающих идентификацию как относительно простых, так и сложных молекул, и хроматографии (жидкостной или газовой), позволяющей разделить и проанализировать смеси веществ, а также изучить их физико-химические свойства. Полученные спектральные данные в дальнейшем для определения многокомпонентных выбросов, характерных для различных заболеваний, размещают в базах данных (например, Метаболом Database (HMDB), Metlin, Golm и MassBank), где статистически обрабатываются.

Образцами для исследования метаболитов у пациентов с заболеваниями органов дыхания наиболее часто выступают моча, конденсат выдыхаемого воздуха или мокрота. Так французские учёные de Laurentiis G. и Paris D. установили, что у пациентов с ХОБЛ в спектре конденсата выдыхаемого воздуха отмечались сигналы пирувата и сукцината, отсутствующих у здоровых людей, и наоборот, глутамин, холин и триметиламин N-оксид наблюдались только в спектре группы контроля, что

позволило отдифференцировать здоровых от больных с заболеваниями дыхательной системы. Martano G., Vogl C и др. определили, что при ежедневном приёме β -каротина курильщиками и работающими с асбестом на 16-26% увеличивается риск развития онкологии органов дыхания, что провоцируется короткоцепочечными продуктами распада β -каротина (β -ионом, циклоцитралем, дигидроактинидиолидом), являющимися инициаторами скрытого онкогенеза.

Заключение. Метаболомические исследования (МИ) могут быть применены в клинической практике пульмонолога для выявления биомаркёров раннего развития бронхолёгочных заболеваний, для понимания механизмов, развивающихся при данных патологиях, для стратификации пациентов и прогнозирования позитивного эффекта от проводимого лечения.

Литература:

1. Калинина, Е. А. Метаболомика – новый подход к диагностике заболеваний на молекулярном уровне. / Е. А. Калинина и др. // Лечение и профилактика. – 2013г. – №2 – С.117-124.
2. Лохов, П. Г. Масс-спектрометрические методы в метаболомике / П. Г. Лохов, А.И. Арчаков // Биомедицинская химия. – 2008г. – Т.54. – С.497-511.
3. Nordstrom, A. Metabolomics: moving to the clinic / A. Nordstrom, R. Lewensohn // J. Neuroimmune. Pharm. – 2010 Mar. – Vol. 5, N 1. – P.4-17

ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР – ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ

ЛОБАНОВА М.В.

Учреждение здравоохранения 3-я ГКБ г. Минска им. Е.В.Клумова

Учреждение образования Минский государственный медицинский колледж

Гиперосмолярная кома – это острое осложнение сахарного диабета, характеризующееся выраженной гипергликемией при относительной инсулиновой недостаточности вследствие прогрессирующей уремии (олигурии, острой задержки пиурической мочи) на фоне интенсивного гнойно-воспалительного процесса с развитием бактериемического шока.

Согласно патологоанатомическим данным, у всех больных с гиперосмолярной комой наблюдается прогрессирующая почечная недостаточность, у 72,7 % - нефросклероз, у 63,6 % - острый пиелонефрит (карбункул почки, множественные гнойнички), у 18, 2 % - явления уросепсиса, у 36,4 % – двусторонняя крупноочаговая полисегментарная гнойная пневмония и хронический пиелонефрит в фазе обострения.

Вследствие морфологических и функциональных особенностей стареющего организма пиелонефрит при декомпенсации сахарного диабета занимает ведущее место, т.к. глюкозурия создаёт благоприятные условия для размножения микрофлоры в моче. Согласно нашим наблюдениям, диабетическая нефропатия наблюдается у всех пациентов среднего и пожилого возраста.

Ведущими этиологическими агентами, инфицирующими мочевые пути и почки, является смешанная флора с преобладанием кишечной палочки (около 80 %). Патогенность микроорганизма характеризуется его способностью к адгезии, инвазии и повреждению тканей, а также к пролиферации в среде

обитания. Основной путь инфицирования мочевых путей – восходящий, уриногенный. В норме возможно инфицирование лишь дистального отдела уретры микроорганизмами, колонизирующими периуретральную область и промежность. Следующим этапом является инфицирование мочевого пузыря. После пузырьно-мочеточникового третьим этапом является проникновение бактерий в почечные лоханки и далее в ткань почек. Внутри почечный рефлюкс – это обратный ток мочи в венозную форникальную систему почки или в почечные каналы, он относится к рефлюксам высокого давления и происходит в сложных чашечках почек. Пузырно-мочеточниковый и внутри почечный рефлюксы приводят к фокально-сегментарным поражениям паренхимы почек с рентгенологическими признаками её рубцевания (симптом Ходсона) и к различным степеням выявляемой каликоэктазии.

Итак, бактериями выделяются эндотоксины, что способствует снижению нормального тонуса и перистальтики мочевых путей, развитию стаза мочи, этому сопутствуют пузырьно-мочеточниковый и внутри почечный рефлюксы мочи. Нефропатогенность бактерий заключается в феномене адгезии, препятствующей вымыванию микробов из чашечно-лоханочной системы, инвазии, повреждению и пролиферации тканей. Наблюдается бактериурия, лейкоцитурия, пиурия, слабо выраженная протеинурия и гематурия, глюкозурия многократно ускоряет и усугубляет гнойно-воспалительный процесс. Развивается острая задержка мочи. Не выведение пиурической сладкой мочи и объясняет чрезмерный рост гликемии, развитие гиперосмолярности при относительной инсулиновой недостаточности.

У всех больных при гиперосмолярной коме купол мочевого пузыря пальпируется над лобком. При катетеризации мочевого пузыря изымается 480,0 - 600,0 – 800,0 мл мутной мочи.

Для гиперосмолярной комы характерна гликемия $>33,0$ ммоль/л, осмолярность > 330 мосмоль/л. В общем анализе мочи определяется

бактериурия, выраженная лейкоцитурия, пиурия, протеинурия, цилиндрурия, глюкозурия. Ацетон, как правило, отсутствует.

Специфическое лечение направлено на восстановление нормального пассажа мочи – катетеризация мочевого пузыря. Для восстановления объема циркулирующей крови и предупреждения тяжелых последствий (отека мозга, легких, перикардита) следует придерживаться метода «лимитированной регидратации». Учитывая, что в основе гиперосмолярной комы лежит быстро прогрессирующая почечная недостаточность, количество вводимой жидкости в сутки не должно превышать диурез предыдущего дня более чем на 300-400 мл. Рекомендуется внутривенно-капельное введение гипотонического раствора хлорида натрия (0,45%) и 2,5% раствора глюкозы. Гиперосмолярность плазмы крови, гипернатриемию следует устранять в течение нескольких суток.

Заместительная терапия заключается в использовании «малых доз» инсулина короткого действия, рекомендуется внутривенно-капельное введение 6-8 ЕД инсулина короткого действия в час, уровень глюкозы в крови не следует снижать быстрее, чем на 5,5 ммоль/л в час (на фоне относительной инсулиновой недостаточности и прогрессирующей почечной недостаточности наблюдается высокая чувствительность к инсулину, характерны частые следственные гипогликемические состояния).

Сочетанное антибактериальное лечение – парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия в максимальной дозе; хороший бактерицидный эффект даёт комбинация цефалоспоринов с аминогликозидами, полусинтетическими пенициллинами, с учетом чувствительности к антибиотикам (мочи, мокроты). К симптоматическому лечению следует отнести противогрибковые препараты, антигистаминные, антикоагулянты (под постоянным контролем свертывающей системы крови), препараты калия (под контролем уровня калия в крови), витаминотерапию.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КОРРЕЛЯТЫ УРОВНЕЙ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

МАЛАШКО Е.А.^{1,2}, КИСТЕНЬ О.В.¹, ЕВСТИГНЕЕВ В.В.¹

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск,

²УЗ «Центральная городская больница», г. Брест

Несмотря на достигнутые успехи в исследовании проблем эпилепсии, интерес к ним не только не ослабевает, но, несомненно, растет. Все это стимулирует клинические и экспериментальные исследования, значительно расширяет спектр исследования различных аспектов эпилепсии как проблемы. В настоящее время основными из них являются клинический, нейрофизиологический, психологический и социальный. В начале 2000-х гг. разработано и внедрено в клиническую практику не менее двух десятков новых эффективных препаратов для лечения эпилепсии. Дополняя ранее применяемые препараты первого и второго поколения, они создают новые возможности лечения подбором для каждого пациента индивидуальной терапии. Однако количество больных эпилепсией с фармакорезистентностью остается достаточно высоким.

Экспериментальные и клинические исследования, посвященные проблеме количественной и качественной дифференциации типа приступа в зависимости от степени изменения сознания, отсутствуют. Ряд исследователей изучали особенности распространения эпилептической активности на ЭЭГ при различных приступах, обнаружив типичный ЭЭГ-паттерн только для абсансов. На небольшом клиническом материале изучались и нейровизуализационные характеристики изменений в эпилептическом мозге непосредственно при нарушении сознания.

Новая классификация расширила горизонты изучения эпилепсии как заболевания, возник ряд вопросов относительно коррелятов сознания в

случаях, когда степень нарушения сознания и генерализации приступа является «неизвестной». Важным аспектом дальнейших исследований в данном направлении является прогнозирование утяжеления течения фокальных форм эпилепсии в виде вторичной генерализации приступов, а также обнаружение клиничко-нейрофизиологических и нейровизуализационных предикторов для ранней коррекции медикаментозной терапии данной группе пациентов, особенно с МРТ-негативной эпилепсией.

Нами обследовано 20 пациентов с МРТ-негативной височной эпилепсией (возраст $23 \pm 0,9$ лет), средняя продолжительность заболевания 7 ($4 \div 10$) лет. Пациенты были разделены на 4 подгруппы в зависимости от типа приступа согласно новой классификации: приступы фокальные без нарушения сознания – 2 (10%), приступы фокальные с изменением сознания – 4 (20%); приступы фокальные с эволюцией в билатеральные тонико-клонические – 6 (30%); приступы генерализованные – 8 (40%). Всем пациентам проведено современное МРТ-исследование головного мозга с использованием протонной МР-спектроскопии и программы FreeSurfer.

При статистической обработке полученных результатов обнаружена зависимость усугубления нарушений сознания у пациентов со значениями NAA/Cr в вокселях передних отделов гиппокампа менее 1,64 ($p=0,044$), а степени генерализации приступов – со значениями Cho/Cr в тех же зонах менее 1,2 ($p=0,041$).

Использование программы FreeSurfer для сегментации мозолистого тела показало, что снижение показателя интенсивности передних отделов этого образования до 117,0 оказалось характерным для пациентов с наличием приступов с нарушением сознания ($p<0,01$), а снижение показателя интенсивности центральных отделов мозолистого тела до 115,0 – для пациентов с генерализованными приступами ($p<0,01$).

Таким образом, специализированные опции нейровизуализации значительно дополняют морфологическую оценку при МРТ-негативных эпилепсиях. Анализ результатов FreeSurfer позволяет обнаружить предикторы прогрессирования эпилептического процесса и может быть использован для скрининга пациентов с неуточненными типами приступов. Коэффициенты протонной МР-спектроскопии являются интериктальными прогностическими показателями для различных типов приступов при височной эпилепсии. Сопоставление клинико-нейровизуализационных коррелятов позволяет определить новую концепцию организации эпилептических процессов, связанных с нарушением сознания и генерализацией приступов при эпилепсии

Фундаментальная часть получения знаний такого рода заключается в выявлении кластеров кинетики эпилепсии, особенно ее височной формы, которая чаще всего является фармакорезистентной. Использование современных опций магнитно-резонансной томографии и результатов ее постпроцессинговой обработки представляет особый интерес для расширения протокола исследования пациентов с эпилепсией для прогнозирования резистентного течения данного заболевания и своевременной коррекции его терапии.

МАГНИТОАКУПУНКТУРА ХРОНИЧЕОЙ ДОРСАЛГИИ

МАНКЕВИЧ С.М., СИВАКОВ А.П., ПОДСАДЧИК Л.В., ГРЕКОВА Т.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

Хронические дорсалгии наблюдаются при дискогенных радикулитах пояснично-крестцовой локализации. Дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков, их выпячивание (протрузия) формируют компрессионно-ишемические, рефлекторно-тонические, двигательные, вегетативно-чувствительные нарушения, сопровождающие стойкий болевой синдром нейропатического типа.

Целью настоящего исследования является изучение динамики функционального состояния головного мозга у больных с хронической дорсалгией в результате применения разработанного нами метода зональной низкочастотной магнитоакупунктуры (НМАП).

Материалы и методы включали лечение 30 больных с диагнозом: дискогенный пояснично-крестцовый радикулит с длительным, умеренно выраженным болевым синдромом (хроническая дорсалгия). Локализация боли включала пояснично-крестцовую область, иррадиировала в ногу в зоне иннервации корешка S1 по задней поверхности бедра и голени.

Использовался современный магнитотерапевтический аппарат "УниСПОК" для низкочастотной магнитотерапии. В методике НМАП применялся индуктор «ИАМВ - 6» для зональной магнитотерапии, который выполнен в виде широкого манжета с фиксатором. Вначале процедуры в соответствии с акупунктурным рецептом производилась постановка игл в соответствующие точки акупунктуры, затем на данную область накладывалась одноразовая салфетка или простыня, сверху над иглами устанавливался индуктор и фиксировался манжетой, чередуя пояснично-крестцовую зону и заднюю поверхность ноги. При величине магнитной

индукции 12.6мТл (100%) проводились 1-2 процедуры, на 2-3 процедуре величина магнитной индукции составляла 14мТл (110%), затем на 4-5 процедуре– 12.6 мТл (100%). Последние 4 процедуры проводились при величине магнитной индукции 14мТл (110%). Длительность воздействия низкочастотного магнитного поля в сочетании с иглоукалыванием составляла 20 минут.

Для оценки функционального состояния головного мозга пациентам было проведено электроэнцефалографическое обследование (ЭЭГ) с рутинным анализом и спектральным картированием ЭЭГ на аппарате «Нейрон-Спектр-5» до и после лечения. При анализе в динамике сравнивались частотно-амплитудные характеристики ЭЭГ.

Результаты исследования и обсуждение. У пациентов в начале терапии на ЭЭГ индекс альфа-ритма со средней частотой 9,5 Гц составлял 22%-28%. Доминировал дельта-ритм с частотой 1,9Гц. Индексы низкочастотного и высокочастотного бета-ритма составили соответственно по 14%.

После проведенного лечения у обследованных наблюдалась картина увеличения средней частоты альфа-ритма и увеличение его индексов над обоими полушариями до 27-36%. Снижение представленности медленноволновой активности в виде уменьшения индекса дельта-ритма до 21%. Снижение индексов низкочастотного бета-ритма до 8% и высокочастотного бета-ритма до 9%.

Поскольку устойчивое повышение бета активности является патологическим признаком (повышенное раздражение коры), мы отмечаем снижение патологических процессов возбуждения в коре головного мозга в конце курса зональной НМАП. Медленноволновая активность дельта- и тета-диапазонов могут свидетельствовать об активации гипоталамо-гипофизарных

структур головного мозга. В нашем исследовании отмечено также снижение индекса дельта-ритма после лечения.

Согласно литературным данным частота и степень выраженности изменений на ЭЭГ четко коррелируют с выраженностью болевого синдрома. Так, при умеренно выраженных болях в пояснице выявляется небольшая дезорганизация альфа-ритма с тенденцией к снижению его амплитуды. В ряду альфа-колебаний регистрируются группы бета-активности, тета-волн и отдельные асинхронные потенциалы. По мере нарастания боли дезорганизация коркового ритма усиливается. На ЭЭГ в некоторых случаях по всем областям доминирует регулярный бета-ритм, иногда он проходит в виде билатерально-синхронных пароксизмальных вспышек на фоне генерализованного бета-ритма.

Выводы. Таким образом, в коре головного мозга при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы (дорсалгии хронического типа) формируются застойные очаги возбуждения, влияющие на выраженность и длительность болевого синдрома. Разработанная нами методика сочетанной зональной низкочастотной магнитоакупунктуры способствует нормализации биоэлектрической активности головного мозга и снижению выраженности болевого синдрома. Эти данные могут быть использованы для объективизации боли и суждения об эффективности проводимого лечения.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТОВ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ЭКЗЕМОЙ

МИЛЬКОТО Н.А., ШИМАНСКАЯ И.Г., КОСТЮК С.А., РУДЕНКОВА Т.В.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

Микробный пейзаж кожи у пациентов с атопическим дерматитом (АД) и экземой существенно отличается от микрофлоры здоровых людей. Отличительной чертой АД и экземы является повышенная колонизация кожи пациентов микроорганизмами и чрезвычайно высокая восприимчивость к инфекционным агентам.

Цель исследования – провести анализ взаимосвязи клинико-анамнестических данных и результатов молекулярно-генетической идентификации отдельных представителей микрофлоры кожи у пациентов с АД и экземой.

Было обследовано 107 пациентов: группа 1 – 79 пациентов с атопическим дерматитом (L20.0 – L20.9); группа 2 – 28 пациентов с экземой (L30.0 - L30.9). В контрольную группу (группа 3) были включены 30 практически здоровых лиц. В качестве методов клинико-инструментального обследования пациентов применялись: осмотр пациентов; визуальная оценка с применением оценочной шкалы SCORAD, подтверждённая фотодокументированием, дерматоскопия.

Молекулярно-генетическую идентификацию микрофлоры кожи (*C. albicans*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *E. floccosum*, *M. furfur*, *M. restricta*, *M. obtusa*, *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. pachydermatis*, *T. interdigitale*) проводили с применением метода ПЦР в режиме реального времени [1].

В ходе обследования по шкале SCORAD у пациентов были выявлены: распространенность кожного процесса от 40 до 80% площади поверхности кожи у 81,31% пациентов; у 86,92% пациентов (n=93) была выявлена значительно выраженная отечная эритема; также были отмечены такие проявления как экссудация, многочисленные папулезные элементы ярко красного цвета различных размеров и форм, при слиянии которых образовывались очаги инфильтрации и лихенификации кожи различной степени выраженности.

При дерматоскопической оценке морфологии и расположения сосудистых структур у 74,77 % пациентов (n=80) с АД и экземой были выявлены точечные сосуды с неоднородным распределением. Изучение паттернов шелушения позволило установить, что заболевание проявляется образованием желтых корочек (46,73%, n=50) и чешуек (38,20%, n=41). В ряде случаев были видны фокальные белые чешуйки (33,64%, n=36). При лихенифицированных поражениях были выявлены неравномерно распределенные точечные сосуды (74,47%, n=35) и шелушение (38,30%, n=18).

При проведении молекулярно-генетического анализа в соскобах кожи пациентов выявлено присутствие: *C. albicans* (74,77% (n=80)), *C. glabrata* (37,38% (n=40)), *C. parapsilosis* (15,89% (n=17)), *E. floccosum* (4,67% (n=5)), *M. furfur* (35,51% (n=38)), *M. restricta* (7,48% (n=8)), *M. obtusa* (12,15% (n=13)), *M. globose* (22,43% (n=24)), *M. sympodialis* (44,86% (n=48)), *M. pachydermatis* (5,61% (n=6)), *T. interdigitale* (4,67% (n=5)).

В образцах биологического материала пациентов контрольной группы была выявлена ДНК таких возбудителей как *C. albicans* (46,67% (n=14)), *C. glabrata* (16,67% (n=5)), *C. parapsilosis* (6,67% (n=2)), *M. furfur* (16,67% (n=5)), *M. globose* (10,0% (n=3)), *M. sympodialis* (10,0% (n=3)).

С применением статистического анализа (критерий независимости – χ^2 -Пирсона) были установлены достоверные отличия по частоте выявления всех изученных возбудителей между основной и контрольной группами ($p < 0,05$), а также между группами 1 и 3 ($p < 0,05$) и группами 2 и 3. Между группами 1 и 2 достоверных отличий установлено не было ($p > 0,05$).

В биологическом материале пациентов основной группы исследования возбудители присутствовали в форме микст-инфекции. С применением статистического анализа (критерий независимости – χ^2 -Пирсона) были установлены достоверные связи между присутствием 3 и более возбудителей в биологическом материале пациентов и распространенностью кожного процесса 40-80% ($\chi^2=71,26$; $p=0,007$), интенсивностью клинических проявлений со степенью выраженности 2-3 балла ($\chi^2=52,18$; $p=0,025$), степенью выраженности субъективных симптомов от 5 до 10 баллов ($\chi^2=29,65$; $p=0,031$). Наличие достоверных связей также было установлено между присутствием 4 и более возбудителей в соскобе с кожи пациента и тяжелой формой течения заболевания ($\chi^2=64,75$; $p=0,034$).

Литература:

1. Разработка молекулярно-генетического метода идентификации микрофлоры в соскобах кожи / Т.В. Руденкова [и др.] // Дерматовенерология. Косметология. – 2019. – Т. 5, № 2. – С. 125–131.

КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

НОВИКОВА Р.А., КОСТРОМИНА А.Г., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Острый коронарный синдром (ОКС) отличается быстрым прогрессирующим течением и высокой вероятностью неблагоприятных исходов. Очень часто в практике степень изменения коронарных артерий не совпадает с клиническими проявлениями и даже показания шкалы GRACE не всегда соответствуют тяжести поражения коронарных артерий, в результате не всегда адекватно определяются показания для коронарографии (КАГ), а в следствии чего запаздывает полноценная медицинская помощь. В данной ситуации значительную роль может сыграть грамотная оперативная оценка имеющихся клинических данных с целью решения вопроса о необходимости КАГ.

Цель работы проанализировать причины несоответствия клинических проявлений снижения кровоснабжения миокарда, изменениям, выявленным при КАГ и изыскать критерии способствующие определению необходимости экстренной КАГ.

Материалы и методы. Исследовано 54 пациента с ОКС с проведенной КАГ. В зависимости от выявленных на КАГ изменений коронарных артерий (КА) все пациенты разделились на 3 группы: 1 гр. с поражением ЛКА – 25 чел (46,2%); 2 гр. с поражением ПКА – 3 чел. (5,5%) и 3 гр. с сочетанным поражением правой и левой КА – 26 чел. (48,0%). Анализировались пол, возраст, болевой синдром, изменения на КАГ. Кардиоспецифические ферменты (КСФ), данные УЗИ, ЭКГ, факторы риска (ФР), данные шкалы GRACE.

Результаты и их обсуждение. По возрасту наиболее молодой оказалась 1 гр. (ЛКА) – 49,2 года преобладали мужчины. Ухудшению состояния предшествовала двухнедельная одышка. У них ФР: АГ, СД, курение, ожирение. Отмечался умеренный болевой синдром 64%. Риск по шкале GRACE умеренный. В связи с множеством ФР выполнена КАГ. Выявлена тромботическая окклюзия у 20%, критический стеноз у 25% и нередко (12%) десекция КА. У 36% отмечался усиленный болевой синдром, высокий риск по шкале GRACE – 18%, 12% умеренный, у 6 % низкий. На КАГ – стеноз ЛКА передней ветви от 75 до 90%. Отмечалось повышение КСФ. ФР: АГ – 100%, СД – 14%, ожирение 13%. КАГ проводилась из-за выраженного болевого синдрома всем. У 36% больных при низком риске по шкале выявлена критическая окклюзия до 75%. У них множество ФР: СД, курение, АГ.

Во 2-й группе с сочетанным поражением ЛКА и правой, интенсивный болевой синдром был у 15 случаев (57,7%), критический стеноз ЛКА >75% и окклюзия у 13%. ФР у них: АГ – 100%, СД – 20%, курение – 40%, ожирение 60%. У пациентов с множеством факторов риска у 35% отмечалась тромботическая окклюзия. По шкале GRACE преобладал (73,3%) умеренный риск, высокий риск у 20% и низкий – 6,7%. В 87% проведена ангиопластика и стентирования. Умеренный болевой синдром отмечался при стенозе ствола и критическом стенозе ветвей ЛКА и ветвей ПКА – 14,3%. Основные ФР: курение 75%, АГ – 100%, дислипидомия 100%. Стентирование и ангиопластика выполнены в 43%, а в 67% случаев консультация кардиохирурга по поводу аортокоронарного шунтирования.

3-я группа с поражением ПКА. Все случаи - женщины в постменопаузе (средний возраст 54 года) с атипичным началом приступа с головной боли, боли в нижней челюсти. У всех пациенток отмечался умеренный болевой

синдром. На КАГ в 67% случаев тромботическая окклюзия ПКА, в 33% случаев - стеноз ПКА>75%.

Следует отметить, что пациентки из-за атипичных проявлений не сразу обращались за помощью, что отрицательно сказалось на прогнозе их заболевания - у всех сформировался крупноочаговый ИМ. Факторы риска у всех пациенток представлены дислипидемией, АГ, повышенным питанием (ИМТ>25). По шкале GRACE в 100% умеренный риск госпитальной смерти.

ВЫВОДЫ

1. Отсутствие болевого синдрома часто не соответствует тяжести поражения коронарных артерий.

2. Показатели шкалы GRACE часто отражают истинное состояние КА и расходятся в этом отношении с результатами КАГ, поэтому низкие показатели шкалы GRACE не являются абсолютным основанием для отказа от выполнения КАГ.

3. У больных с выраженными факторами риска часты тромботические окклюзии, что нередко является причиной инфаркта миокарда. У этих пациентов КАГ должна выполняться незамедлительно.

4. При атипичных клинических проявлениях с умеренным болевым синдромом нередко имеется ПКА, что требует назначения им КАГ.

5. Следует помнить, что выраженное поражение правой КА может сопровождаться умеренным болевым синдромом или протекать атипично, без болевых проявлений, что может привести к ошибочной отмене КАГ у таких пациентов.

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И РАЗВИТИЕ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

НОВИКОВА Р.А., ГУЛИЕВА Д.М., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Артериальная гипертензия (АГ) рассматривается как фактор риска развития не только инсульта, но и нарушения когнитивных функций, который играет важную роль в развитии и прогрессировании когнитивных расстройств вплоть до деменции, особенно при упорстве артериального давления (АД), что как правило отмечается при снижении приверженности к лечению. Эти изменения приводят к инвалидности пациентов любого возраста.

Цель работы: определить частоту развития постгипоксической энцефалопатии и когнитивных расстройств у пациентов с АГ в зависимости от приверженности к лечению.

Материалы и методы. Исследовано 120 пациентов с АГ II-III степени в возрасте 30-80 лет, 57 мужчин и 63 женщины. Приверженность определяли по тесту Мориски-Грина (1986 г.): основные маркеры снижения приверженности к лекарственной терапии – наличие психологических проблем, особенно депрессий; наличие когнитивных нарушений, в результате которых пациент просто не может понять, зачем ему лечиться или забывает принять препарат; бессимптомность заболевания; отсутствие контакта с врачом, неадекватное наблюдение и не соблюдение рекомендаций; побочные эффекты; плохая информированность о заболевании; сложность терапии.

Кроме того, анализировались пять основных когнитивных функций по классификации Н.Н. Яхно, 2005 г.: гнозис – восприятие информации, праксис - способность усваивать основные двигательные навыки, память, интеллект, речь.

Наличие депрессивных расстройств определяли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (NASD), качество жизни уточнялось по анкетам (часть Миннесотского опросника).

Результаты и их обсуждение. По данным приверженности к лечению выделены 3 группы пациентов: I гр. – не приверженные к лечению – 40%, среди них 44% старше 60 лет, у них выражена депрессия, нарушение памяти, нет контакта с врачами, плохая информированность, жалобы на высокую стоимость лекарств, упорно сохраняется высокое АД (160/100 мм рт. ст.), выражены симптомы энцефалопатии.

II гр. – недостаточно приверженные к лечению 35%, моложе 40 лет – 25%, у всех средний уровень качества жизни. У них страдает память (забывают принять лекарства), снижен интеллект, наблюдается невозможность сосредоточиться на прочитанном, не верят в эффект лечения, т.к. много таблеток и приходится самостоятельно отменять часть их. Отмечают на начальном этапе плохую информированность о последствиях заболевания и необходимости лечения. В этой группе АД не стабильно (170/100 мм рт. ст. - 110/70 мм рт. ст.).

III гр. – значительно приверженные к лечению 25%, возраст у них до 40 лет, качество жизни удовлетворительное. Принимают комбинированные таблетки. Отмечают психологические проблемы 65%. Довольны контактом с врачом. АД чаще стабильно до 150/90-100 мм рт. ст. Однако отмечается забывчивость при повышении АД. Жалобы на высокие цены лекарств.

Как видно, основные причины не приверженности к лечению у всех групп высокая стоимость лекарств, плохая информированность на начальном

этапе, недостаточный контакт с врачом, из когнитивных нарушений чаще отмечается снижение памяти и интеллекта, депрессия. При длительном и стойком АД (выше 160/100 мм рт. ст.), выражены проявления энцефалопатии, особенно в более старшем возрасте, после 60 лет (44%).

ВЫВОДЫ

1. Необходимо обращать внимание на работу начального звена поликлиник, улучшая тем самым информированность пациентов.

2. Чаще назначать комбинированные препараты (2 в 1 таблетке), уменьшая тем самым их количество.

3. При стойком АД использовать чаще двойную терапию

4. При начальных признаках когнитивных нарушений и энцефалопатии желательно добавлять к гипотензивной терапии метаболические препараты для центральной нервной системы.

АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ

ОСКИРКО А.Н.¹, КЛЮЧАРЕВА А.А.¹, ГОРЕГЛЯД Н.С.², КАМИНСКАЯ М.В.²,

ТРУХАНОВИЧ С.М.², БРУЙ Н.В.², ШЕРЕМЕТ А.Н.², МАЦКО И.Н.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г.Минск

Аутоиммунный гепатит (АИГ) у детей является актуальной проблемой гепатологии. Это определяется тяжестью течения заболевания, склонностью к прогрессированию процесса в печени с формированием фиброза и цирроза. По данным литературы у 36-78% детей на момент постановки диагноза уже регистрируются цирротические изменения, у 49% пациентов с мягким течением заболевания они развиваются в течение 15 лет [1]. Распространенность АИГ у детей неизвестна. Показано, что в Канаде заболеваемость составляет 0,23 на 100 000 детей, средний возраст манифестации АИГ 1-го типа – 12 лет (колеблется: 11-14) против 10 лет для АИГ 2-го типа (колеблется: 4,5-13) ($P = 0,03$) [2].

Цель настоящей работы – изучить клинико-эпидемиологические варианты манифестации АИГ у детей.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 33 ребенка с АИГ, которым диагноз был выставлен в учреждении здравоохранения «Городская детская инфекционная клиническая больница» с 2002 по июнь 2019 года. Диагностика АИГ основывалась на сочетании клинических, биохимических (гиперферментемия, повышение уровня общего белка, γ -глобулинов, IgG), иммунологических (обнаружение аутоантител: ANA, ASMA, anti-LKM-1, anti-LC-1, анти-SLA/LP) и гистологических (перипортальный гепатит с плазмоцитарными или лимфоплазмоцитарными инфильтратами) данных, а также исключения других причин поражения печени (вирусные гепатиты А, В, С, герпесвирусы, наследственные болезни

обмена (болезнь Вильсона, дефицит α -1-антитрипсина, муковисцидоз и др), стеатогепатит, лекарственно-индуцированный гепатит) [3]. Проведен анализ клинической картины, эпидемиологических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных в дебюте заболевания до назначения иммуносупрессивной терапии.

Результаты и обсуждение. В исследуемой когорте детей с АИГ (n=33) было 20 девочек и 13 мальчиков. При этом 18 детей выявлено за 13-и летний период с 2002 по 2014 год и уже 15 человек за последующие 4,5 года (2015-6 мес.2019 года). Средний возраст постановки диагноза составил $11,9\pm 3,6$ лет. Он достоверно не отличался в период 2002-2014 гг. ($11,9\pm 3,5$ лет) и в последующий период ($11,87\pm 3,6$ лет). Половая структура изменилась, если в 2002-2014 гг среди заболевших преобладали девочки (соотношение 2:1), что согласуется с данными, полученными в европейской популяции [3], то в 2015-2019 гг соотношение составило 1,1:1 (8 девочек : 7 мальчиков).

Манифестация АИГ у детей характеризовалась выраженным полиморфизмом клинических и лабораторных проявлений. Острое начало заболевания с желтухи, которое клинически сложно дифференцировать с острым поражением печени другой этиологии, имело место у 54,5%. В 45,5% случаев АИГ диагностировался при проведении дифференциальной диагностики случайно обнаруженной гиперферментемии. В зависимости от спектра выявленных аутоантител АИГ 1-го типа (ASMA+ и/или ANA+) был диагностирован у 33,3%, АИГ 2-го типа (anti-LKM-1+ и/или anti-LC-1+) у 15,2% детей. В нашей когорте более половины (51,5%) случаев АИГ были серонегативными. Важным является и тот факт, что 42,4% детей в дебюте заболевания имели фиброз печени I-III степени, а 51,5% - клинические и морфологические признаки цирроза печени.

По данным литературы, у 20% детей с АИГ при установлении диагноза, либо в период дальнейшего наблюдения (г.о. при АИГ 2-го типа)

регистрируются другие иммунопатологические заболевания [4]. Нами у 3 детей выявлены воспалительные заболевания кишечника, у 6 - перекрестный синдром (АИГ/аутоиммунный склерозирующий холангит), что подтверждает практическую значимость рекомендации EASL выполнять МР-холангиографию всем детям с АИГ для исключения аутоиммунного склерозирующего холангита [4].

Таким образом, АИГ у детей характеризуется прогрессирующим течением, полиморфной и неспецифической клинической картиной, что затрудняют своевременную диагностику заболевания и приводит к тому, что в 51,5% диагноз ставится на стадии цирроза печени.

АИГ следует исключать у всех пациентов, имеющих длительно сохраняющуюся гиперферментемию, а также признаки острого или хронического поражения печени.

Литература:

1. Pena-Velez R., Almanza-Miranda E. Autoimmune hepatitis in pediatric age // *Bol.Med.Hosp.Infant.Mex.* – 2017. – V.74(5). – P.324-333.
2. Incidence and Characteristics of Autoimmune Hepatitis / C. Jiménez-Rivera , SC Ling , N Ahmed et all // *Pediatrics.* – 2015. – V.136(5). – P.1237-48.
3. Diagnosis and Management of Pediatric Autoimmune Liver Disease: ESPGHAN Hepatology Committee Position Statement / G. Mieli-Vergani, D. Vergani, U. Baumann et all // *JPGN.* – 2018. – V.66. – P. 345–360.
4. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis // *Journal of Hepatology.* – 2015. – V. 63. – P. 971–1004.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

*ОСКИРКО А.Н.¹, КЛЮЧАРЕВА А.А.¹, ГОРЕГЛЯД Н.С.², КАМИНСКАЯ М.В.²,
ТРУХАНОВИЧ С.М.², БРУЙ Н.В.², ШЕРЕМЕТ А.Н.², МАЦКО И.Н.²*

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г.Минск

Среди наследственных болезней обмена (НБО) существенную долю составляют заболевания, протекающие с поражением печени, их дифференциальная диагностика сложна в связи с редкой встречаемостью, клиническим разнообразием, отсутствием типичных биохимических маркеров, генетическим полиморфизмом. Для ряда заболеваний из данной группы может быть предложено специфическое лечение и/или диета. Поэтому создание современных методологических подходов к клинической диагностике НБО с поражением печени, является актуальной задачей для педиатрии, ее решение позволит улучшить выявление данной патологии на ранних этапах заболевания и своевременно предложить возможные методы терапии, если таковые разработаны.

Целью настоящей работы явилась оптимизация подходов к дифференциальной диагностике заболеваний печени у детей.

Материалы и методы. Дети с синдромами «гепатита», «желтухи», «гиперферментемии» в г.Минске направляются в учреждение здравоохранения «Городская детская инфекционная клиническая больница» (УЗ ГДИКБ). Первичное обследование предполагает исключение инфекционных заболеваний, протекающих с поражением печени, аутоиммунных заболеваний (аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит, IgG4-ассоциированный холангит), для чего выполняется протеинограмма, определение уровня иммуноглобулинов А, М,

G, аутоантител (ANA, SMA, AMA-M2, anti-LKM-1, anti-LC-1, анти-SLA/LP). Определяется уровень глюкозы, холестерина, триглицеридов, мочевой кислоты, лактата, сывороточного железа и ферритина, что в комплексе с клиническими данными позволяет предположить определенные НБО.

После исключения инфекционной патологии, аутоиммунных заболеваний печени, пациент направляется на медико-генетическое консультирование в ГУ РНПЦ «Мать и дитя», где выполняются: селективный скрининг на НБО, тандемная масс-спектрометрия для исключения нарушений обмена аминокислот и ацилкарнитинов, активность лизосомальных ферментов в лейкоцитах, уровень галактозо-1-фосфата, иммунореактивного трипсина, потовая проба, диагностика гемохроматоза (мутации C282Y, H63D, S65C гена HFE), дефицита α -1-антитрипсина (мутации PiZ, PiS гена AAT) и болезни Вильсона (уровень церулоплазмина, меди в сыворотке и меди в суточной моче, по показаниям – мутация H1069G гена ATP7B) [1].

Результаты. С 2000 по 2018 годы на базе УЗ ГДИКБ г. Минска выявлено 73 случая НБО с поражением печени. На первом месте (38,4%, 28 детей) – болезнь Вильсона. Средний возраст постановки диагноза – $12,27 \pm 0,72$ лет. Наследственные заболевания с нарушением обмена углеводов на втором месте (21,9%). Выявлен один ребенок с дефицитом фруктозо-1,6-бифосфотазы, два – с галактоземией. У 13 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет диагностирована болезнь накопления гликогена: тип I – 8 пациентов, тип III – у 3, тип IXA – у 2. На третьем месте (20,6%) – дефицит α -1-антитрипсина (фенотип PiZZ), который диагностирован у 15 детей. У большинства заболевание выявлено в первом полугодии жизни при обследовании по поводу холестатического гепатита, у 1/3 - в возрасте старше 3-х лет при дифференциальной диагностики синдрома гиперферментемии. Муковисцидоз диагностирован у 5 детей. У двух пациентов выявлена

мутация гена ABCB 11, характерная для прогрессирующего семейного внутрипеченочного холестаза (синдром Байлера, 2 тип), у трех – гена JAG1, указывающая на синдром Алажилля. Из лизосомальных болезней накопления - по одному случаю гликогеноза II типа (болезнь Помпе), болезнь накопления эфиров холестерина, болезнь Гоше, мукополисахаридоз 2 типа.

Таким образом, при проведении дифференциальной диагностики заболеваний печени у детей следует помнить о НБО. Среди них в клинической практике педиатра чаще встречаются болезнь Вильсона, нарушения углеводного обмена, дефицит альфа-1-антитрипсина. Особенно важна ранняя диагностика НБО, для которых разработана специальная диета или лекарственные средства (галактоземия, дефицит фруктозо-1,6-бифосфатазы, гликогеноз, болезнь Вильсона и др.) [2-4].

Литература:

1. Алгоритмы диагностики, лечение и мониторинг наследственных заболеваний печени: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 12.06.2013, рег.№093-0612 / сост.: Н.Н.Силивончик, Н.Б.Гусина, Н.В. Румянцева и др. – Минск, 2012. – 12 с.
2. Diagnosis and management of glycogen storage disease type I: a practice guideline of the American College of Medical Genetics and Genomics / PS Kishnani, SL Austin, JE Abdenur et al // Genet Med. – 2014 – V.16(11). – P.1-29.
3. Wilson's Disease in Children: A Position Paper by the Hepatology Committee of the ESPGHAN/P.Socha, W.Janczyk, A.Dhawan et al //JPGN.–V.66,№2.–P.334-344.
4. Recommendations for the management of galactosaemia / JH Walter, JE Collins, JV Leonard // Arch Dis Child. – 1999. – V.80(1). – P.93-96.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПЕТРОВ С.А.¹, БАНЬКОВА Е.М.¹, СУХИХ Ж.Л.¹, ВОЛЫНЕЦ И.Н.², ОДНОБОЧКО О.В.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

г. Минск, Республика Беларусь

²УЗ «2-я ГКБ», г. Минск, Республика Беларусь

Для хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) характерны длительный стаж курения и медленное нарастание симптоматики, в первую очередь одышки при физической нагрузке. Чаще всего в возрасте более 40-50 лет на этом фоне во время очередного обострения у некоторых пациентов появляется приступообразная одышка, прекращающаяся спонтанно либо под воздействием лечения. Если данный феномен остается после купирования обострения ХОБЛ, то это и есть ХОБЛ в сочетании с бронхиальной астмой (БА).

В течение года нами пролечено восемь таких пациентов. У всех был подтвержден диагноз ХОБЛ. Все пациенты – мужчины в возрасте от 49 до 78 лет, из них четверо являются инвалидами II группы, их возраст был от 70 до 78 лет. Возраст пациентов, не имеющих группу инвалидности, был от 49 до 50 лет. Все пациенты курильщики со стажем более 30 лет, при этом 5 из них продолжают курить. В соответствии с градацией степени тяжести ХОБЛ по соотношению ОФВ₁/ФЖЕЛ – у 5 пациентов была средняя степень тяжести, у 3-х – тяжелая. Сроки присоединения симптоматики БА составили от 1 до 5 лет.

С практической точки зрения можно констатировать, что если в основе базисной терапии ХОБЛ лежит максимально активная бронхолитическая терапия в виде антихолинергических препаратов и в₂-агонистов длительного и сверхдлительного действия, то с присоединением БА абсолютно оправданным является присоединение ингаляционных глюкокортикоидов.

ЛАЗЕРОПУНКТУРА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ПОДСАДЧИК Л.В., СИВАКОВ А.П., МАНКЕВИЧ С.М., ГРЕКОВА Т.И.

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

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы тесно связаны с факторами риска, среди которых ведущее место занимает «метаболический синдром» (МС). Наличие этого синдрома значительно ускоряет развитие атеросклеротического процесса и способствует раннему возникновению тяжелых осложнений, приводящих к инвалидности и смертности пациентов. Термин «метаболический синдром» был предложен в 90-х годах М.Henefeld и W.Leonhardt. МС проявляется комплексом метаболических, гормональных и сосудистых нарушений - ожирением, артериальной гипертензией, отклонениями в звеньях углеводного и липидного обмена. Существенное влияние на развитие и формирование МС оказывают гиподинамия, избыточное питание, интенсивный ритм жизни, стрессовые воздействия.

Основным пусковым моментом формирующихся метаболических нарушений при МС является инсулинорезистентность (ИР) – нарушение биологического действия инсулина в тканях и органах, приводящее к изменению транспорта глюкозы в клетку и ее внутриклеточного метаболизма. Для пациентов с МС характерным является абдоминальный тип ожирения. Из жировых клеток висцеральной области свободные жирные кислоты (СЖК) в высокой концентрации попадают непосредственно в воротную вену печени, подавляя поглощение инсулина печенью, что в свою очередь создает условия развития и поддержания ИР. Активация процессов липолиза способствует высвобождению большого количества СЖК с образованием высокого уровня триглицеридов, липопротеинов низкой

плотности и липопротеинов очень низкой плотности, проявляющиеся гипер- и дислипидемическими нарушениями. К комплексу симптомов МС относится также артериальная гипертензия. Исследователи отмечают, что у 70% пациентов с АГ отмечается ИР различной степени. Состояние хронической гиперинсулинемии оказывает стимулирующее влияние на симпато-адреналовую, ренин – ангиотензин – альдостероновую системы, нарушение трансмембранных ионообменных механизмов – повышается содержание внутриклеточного Na- и Ca-, снижается K+. Это способствует увеличению чувствительности сосудистой стенки к прессорным действиям, росту периферического сосудистого сопротивления приводящего к пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки, сужению артериол, увеличению сосудистого сопротивления, возникновению нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Методы рефлексотерапии оказывают положительное влияние на клиническое течение заболевания и лабораторные показатели липидного и углеводного обмена у пациентов с МС. Используются классические методы восточной традиционной медицины и физиопунктурные методы – воздействие на точки акупунктуры лазерным лучом. Метод лазеропунктуры (ЛП) отличается безболезненностью, хорошей переносимостью у пациентов, оказывает выраженный терапевтический эффект у пациентов с МС.

Материалы и методы исследований. У 65 пациентов с МС проведено лечение с использованием ЛП. У всех пациентов измерялся профиль артериального давления, исследовались лабораторные показатели липидного и углеводного спектра до и после курса лечения, проводилась оценка вегетативного статуса по шкале Вейна. Лечение проводилось на аппарате «Люзар МТ» с мощностью излучения 15 мвт. С целью гипотензивного действия использовался «красный» лазер на точки GI 4,11, VG 14,15, F 2,3, MC 6,7, C7, E 9,36, RP 6, R 2 (на процедуру 8 -10 АТ). Для улучшения

показателей липидного, углеводного обмена, влияния на эндокринную систему воздействие проводилось инфрокрасным излучением, использовались АТ - RP 3, 6, 9, 15; E36, 40,19,20; VC 12,13; TR 5,8; MC 6, 5; V 20, 21; F 3, 13, 14. Экспозиция воздействия на АТ 40-50 с, на аурикулярные точки 96, 97, 95, 87, 88, 22, 28, 34, 55, 101,104 воздействие осуществлялось по 10 с. Всем пациентам после ЛП проводилось надвенное лазерное облучение «красным» лазером в течение 15 минут. На курс лечения 7-12 процедур, ежедневно.

Результаты и их обсуждение. После лечения у всех пациентов отмечалась положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Отмечалась нормализация артериального давления, в разной степени происходило улучшение показателей углеводного и липидного обмена – снижение уровня глюкозы крови, показателей общего холестерина, снижение уровня липопротеинов низкой плотности. Все пациенты отмечали улучшение состояния, уменьшение проявления вегетативных клинических симптомов.

Выводы. Использование метода лазеропунктуры в комплексной реабилитации пациентов с МС положительно влияет на клинические и лабораторные показатели, способствует улучшению течения заболевания, снижает вероятность возникновения тяжелых сердечно-сосудистых осложнений.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЦР-АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА DBH3 У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ С АУРОЙ

ПОЛУЯН О.С., КОСТЮК С.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Введение. По данным ВОЗ мигрень относится к наиболее распространенным хроническим заболеваниям нервной системы. Проведенные и эпидемиологические исследования свидетельствуют об участии генетических факторов в развитии мигрени с аурой (МА).

Дофамин β-гидроксилаза (dopamine β-hydroxylase – DBH) играет важную роль в функционировании норадренергической системы. Данный фермент является ключевым в развитии неврологических заболеваний, в частности мигрени. Ген, кодирующий DBH, расположен на 9q34хромосоме, состоит из 12 экзонов длиной примерно 23 кб. Уровни активности DBH генетически опосредованы и широко варьируют в популяции. В гене DBH имеется несколько полиморфных локусов (DBH1 и DBH2), связанных с развитием мигрени. Данные же о влиянии DBH3 на развитие заболевания до конца не изучены: известно об ассоциации полиморфных вариантов гена с изменением уровня DBH в сыворотке крови и в спинно-мозговой жидкости пациентов с мигренью.

Цель работы: разработать способ выявления полиморфизма гена DBH3 у пациентов с мигренью на основе метода ПЦР.

Материалы и методы. В качестве биологического материала для проведения молекулярно-генетических исследований использовали образцы периферической крови 40 пациентов с МА (20 женщин, 20 мужчин) и 40 практически здоровых лиц (К), сопоставимых по полу (20 женщин, 20 мужчин) и возрасту. Выделение геномной ДНК из образцов биологического

материала проводили с использованием TRIzol-реагента («Invitrogen», США) с последующей спектрофотометрической оценкой качества и количества выделенной нуклеиновой кислоты (NanoDrop 1000, ThermoScientific, США) на длинах волн 260 и 280 нм. Дизайн олигонуклеотидов осуществляли с использованием бесплатного онлайн приложения Primer3 v. 0.4.0 (<http://bioinfo.ut.ee/primer3-0.4.0/primer3>) и бесплатного онлайн алгоритма mfold/DNAfold (<http://unafold.rna.albany.edu/?q=mfold/dna-folding-form>). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «SPSS версия 16» (SPSS Inc.). Проверка распределения частот генотипов в выборке проводилась согласно равновесию Харди-Вайнберга. Для относительных показателей определяли 95% доверительный интервал (ДИ). Для решения задачи сравнения двух независимых групп качественных переменных применялся критерий χ^2 . Критическим принят уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Степень чистоты, выделенной ДНК по соотношению показателей оптической плотности 260/280 составила Me (min/max) 1,94 (1,86/1,99), по соотношению 260/230 – 1,74 (1,67/1,87). Значения концентраций выделенной ДНК составили Me (min/max) 89,67 (16,37/154,61) мкг/мл.

Для изучения полиморфизма в гене DBH – замена А→G в позиции 444 (DBH3) – с использование соответствующей программы были выбраны следующие олигонуклеотидные праймеры:

DBH3-f-5'-TCCTTCATGCCTGGAGCCCAGTGCTTGTCT-3'

DBH3-r-5'-GACAGGAAAGGTACTATGACATTGGCACAG-3'

Состав реакционной смеси (конечный объем – 10 мкл): 1 мкл геномной ДНК (20 мкг/мкл), 0,4 мкл каждого праймера (5 мМ), 0,1 мкл Taq полимеразы (5 Ед/мкл), 5 мкл Master-Mix, 13,0 мкл DEPC.

Условия термоциклирования: 94°C – 30 с; 35 циклов 94°C – 30 с, 60°C – 30 с, 72°C – 30 с; 72°C – 2 мин.

ПЦР-продукт обрабатывался рестриктазой *EcoNI* и анализировался электрофоретически в 3%-ом агарозном геле. Окрашенные бромистым этидием гели использовали для оценки генотипов. ПЦР-продукт имел размер 207 п.о. Аллели А DBH3 не подвергались действию *EcoNI*, тогда как аллели G расщеплялись на фрагменты длиной 169 и 38 п.о.

На основании проведенных исследований установлено распределение генотипов DBH3 в группе пациентов с МА и контрольной группе (таблица 1). Таблица 1 – Относительные (%) и абсолютные (n) частоты генотипов по полиморфному локусу DBH3.

Генотип	МА, мужчины	МА, женщины	К, мужчины	К, женщины
AA	15,00% (3)	30,00% (6)	30,00% (6)	30,00% (6)
AG	60,00% (12)	40,00% (8)	35,00% (7)	40,00% (8)
GG	25,00% (5)	30,00% (6)	35,00% (7)	30,00% (6)

Установлены статистически значимые достоверные ($p < 0,05$) различия по признаку «генотип DBH3» в группе пациентов с МА мужского пола. Выявленная тенденция требует проведения дальнейших исследований по установлению возможной этиологической роли данного генотипа в развитии мигрени с аурой.

Заключение. Проведение дальнейших исследований по выявлению полиморфных вариантов гена DBH3 позволит установить патогенетические механизмы развития мигрени с аурой и вклад генетических факторов при данной патологии.

ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ: ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ

*ПРИСТРОМ М.С.¹, ШТОНДА М.В.¹, СЕМЕНЕНКОВ И.И.¹, СУХИХ Ж.Л.¹,
ЧЕЧКО Р.Ю.², КАШИЦКАЯ М.Э.², СОСНОВСКИЙ С.В.²*

¹ГУО БелМАПО, г.Минск,

²2-я городская клиническая больница, г.Минск

Артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем в современной медицине. Распространенность АГ высока и составляет 20-40% взрослого населения многих промышленно развитых стран мира. С возрастом частота АГ увеличивается. АГ у старших возрастных групп может встречаться в виде двух форм – систолодиастолической АГ (СДАГ) и изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ), когда повышается САД и наоборот снижается ДАД и увеличивается пульсовое артериальное давление. Одной из причин выделения этого варианта заболевания в качестве самостоятельной формы АГ и развеивающий миф о «доброкачественном течении» ИСАГ явился высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Так, в исследовании NHANES III у пациентов с ИСАГ риск развития ишемического инсульта возрастал в 2,7 раза.

Для ИСАГ характерны тяжелые нарушения циркадного ритма АД. В отличие от здоровых людей, более чем у 50% пациентов не отмечается ночного снижения АД на 10-20 мм рт. ст. Вместо этого наблюдается или повышение АД ночью или его чрезмерное снижение. У пациентов пожилого и старческого возраста с ИСАГ наблюдается широкое распространение ассоциированных клинических состояний и поражение органов-мишеней. Кроме того, у пожилых пациентов с ИСАГ имеет место более высокая вариабельность АД, наблюдается более высокое значение утреннего подъема

АД и более значимая систолическая перегрузка органов-мишеней в период бодрствования.

Лечение пациентов с АГ должно быть комплексным, включать немедикаментозные (уменьшение потребления поваренной соли, ограничение потребления алкоголя, отказ от курения, увеличение физической активности и т.д.) и медикаментозные методы. В настоящее время доказано, что антигипертензивная терапия способна предотвратить ССО и смертность от них не только у молодых пациентов, но и у пациентов в возрасте 60 лет и старше как с СДАГ, так и ИСАГ. Согласно рекомендациям ЕОК 2018 г. в лечении пациентов старших возрастных групп с АГ следует ориентироваться на биологический возраст, а не на хронологический (паспортный) и использовать менее консервативные подходы, т.е. более низкие пороги для начала антигипертензивной терапии и более низкие целевые уровни АД. Введены следующие пороги для начала антигипертензивной терапии: у пациентов в возрасте 65-79 лет – САД 140-159 мм рт.ст., в возрасте старше 80 лет – САД \geq 160 мм рт.ст. Целевой уровень САД у пациентов в возрасте старше 65 лет установлен менее 140 и до 130 мм рт.ст. при хорошей переносимости, по ДАД – менее 80 и до 70 мм рт.ст.

Основной эффект антигипертензивной терапии обеспечивается за счет снижения АД и практически не зависит от применяемого лекарственного средства. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики рассматриваются как препараты первого ряда для лечения гипертензии у лиц старших возрастных групп как с СДАГ, так и у пациентов с ИСАГ. Эти позиции диуретиков в лечении ИСАГ закреплены в рекомендациях ВОЗ/МОГ, в европейских, американских и российских рекомендациях по лечению АГ. К препаратам первого ряда для лечения ИСАГ относятся и антагонисты кальция (АК). Положительный опыт применения АК был получен в исследованиях Syst-Eur, Syst-Eur, Syst-China, SHELL. У пациентов старших возрастных групп с

ИСАГ зачастую имеются и показания к назначению блокаторов РААС (иАПФ и БРА): ХСН, дисфункция левого желудочка, перенесенный ИМ, диабетическая нефропатия. Как правило, β -адреноблокаторы для лечения ИСАГ у пожилых используются только в виде вспомогательной терапии или при наличии специальных показаний, таких как проявления ИБС, ХСН, стенокардия, нарушения ритма деятельности сердца.

Стойкое повышение АД до высоких значений, часто наблюдающееся у пациентов старших возрастных групп, может быть снижено только назначением комбинированной терапии. В рекомендациях ЕОК по лечению АГ 2018 г. предпочтение отдается комбинированной терапии в форме poly pill (использование комбинации препаратов в одной таблетке). У пожилых пациентов при использовании комбинированной терапии, рекомендуется, чтобы она начиналась с более низких доз препаратов. Использование фиксированных комбинаций препаратов особенно перспективно у лиц пожилого и старческого возраста. Монотерапия на старте лечения АГ возможна только у пациентов с АГ 1 степени и низким сердечно-сосудистым риском, пациентов в возрасте старше 80 лет или у немощных («хрупких») пациентов.

Таким образом, своевременно начатая и постоянно проводимая антигипертензивная терапия у пожилых пациентов с ИСАГ будет способствовать не только достижению целевых уровней АД, но и сохранению активного долголетия.

МЕСТО И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*ПРИСТРОМ М.С.¹, ШТОНДА М.В.¹, СЕМЕНЕНКОВ И.И.¹, ПРУСЕВИЧ С.Н.²,
МАКОВСКАЯ А.А.², КУНАШ И.И.²*

¹*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г.Минск*

²*УЗ «2-я городская клиническая больница», г.Минск*

В последние десятилетия особое внимание уделяется влиянию полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на течение ишемической болезни сердца (ИБС) и связанные с ней нарушениями сердечного ритма. ЖК синтезируются в организме из продуктов распада углеводов и поступают с пищей. Омега-3 ПНЖК эйкозапентаеновая (ЭПК) и докозагексаеновая (ДГК) синтезируются в достаточных количествах только в морских водорослях. Основным источником ЭПК и ДГК для человека являются некоторые виды морских рыб (сардины, атлантический лосось, семга, скумбрия, атлантическая сельдь. Наибольший практический интерес представляют два класса ПНЖК: Омега-3 и Омега-6. Омега-3 ПНЖК более длинные и ненасыщенные по сравнению с Омега-6 ПНЖК, а их эффекты в основном противоположные. Суточная потребность в Омега-3 и Омега-6 ПНЖК составляет 0,2% и 1% соответственно от суточной потребности в калориях. Содержание эйкозапентаеновой и докозагексаеновой в суточном рационе должно составлять до 2,0г.

Нами изучено влияние Омега-3 ПНЖК на липиды крови, биологический возраст и жирнокислотный состав сыворотки крови больных ИБС на примере отечественного лекарственного средства «Омекорд-МИК» (производства УП «Минскинтеркапс», Республика Беларусь). В состав лекарственного средства «Омекорд-МИК» входит высокоочищенный

концентрат этиловых эфиров Омега-3 ПНЖК (эйкозапентаеновой и докозагексаеновой кислот). Под влиянием Омекорд-МИК статистически достоверно снижается содержание общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности и величина холестеринавого коэффициента атерогенности, а также уменьшается биологический возраст больных ИБС.

Ранее нами проводились исследования по изучению влияния Омега-3 ПНЖК на жирнокислотный спектр сыворотки крови пациентов с ИБС и фибрилляции предсердий, а также на частоту возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий. Установлено, что в группах с персистирующей фибрилляцией предсердий по сравнению с контрольной отмечается более высокий уровень насыщенных ЖК и более низкое содержание Омега-3 ПНЖК. Добавление к стандартной терапии препарата Омега-3 ПНЖК в дозе 2г/сут в течение 3 месяцев привело к статистически значимому снижению содержания насыщенных жирных кислот и увеличения содержания Омега-3 ПНЖК, причем уровень значимости в группе без дилатации левого предсердия была выше ($p < 0,001$). При проведении анализа частоты возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий у пациентов с дилатацией левого предсердия и без до и во время лечения Омега-3 ПНЖК была выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнем Омега-3 ПНЖК и частотой возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий. Это позволяет рассматривать препарат Омега-3 ПНЖК в качестве перспективного средства для лечения и профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий у пациентов с ИБС. Доказана высокая эффективность длительной терапии Омега-3 ПНЖК пациентов с хронической сердечной недостаточностью, что проявлялось увеличением фракции выброса левого желудочка, снижением частоты госпитализаций и общей смертности.

Нами изучена оценка эффективности сочетанного применения нормобарической гипоксии и Омега-3 ПНЖК у пациентов с ишемической болезнью сердца, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких. Установлено, что после прохождения комплексного лечения отмечается статистически достоверное снижение количества обострений указанных заболеваний и связанных с ними эпизодов госпитализаций на фоне продолжающейся медикаментозной терапии в основной группе (n=98) по сравнению с группой контроля n=45). Следовательно, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и прием препарата Омега-3 ПНЖК, на порядок эффективнее обычной медикаментозной терапии.

Согласно литературным данным и результатам собственных исследований, убедительно продемонстрирована эффективность применения Омега-3 ПНЖК для снижения уровня холестерина, триглицеридов, провоспалительных цитокинов, для профилактики фибрилляции предсердий, внезапной смерти при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочковых аритмий. Омега-3 ПНЖК показаны для лечения пациентов с ИБС, после перенесенного инфаркта миокарда, операций аортокоронарного шунтирования и стентирования, а также хронической сердечной недостаточности. Результаты наших исследований демонстрируют эффективность применения Омега-3 ПНЖК для лечения пациентов ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ J-ВОЛНЫ

*ПРИСТРОМ М.С.¹, ШТОНДА М.В.¹, СЕМЕНЕНКОВ И.И.¹, ЧЕЧКО Р.Ю.²,
СОСНОВСКИЙ С.В.², КАШИЦКАЯ М.Э.², РУДИЧ Е.К.², ПРИСТРОМ А.А.³*

¹ГУО БелМАПО, г.Минск,

²2-я городская клиническая больница, г.Минск

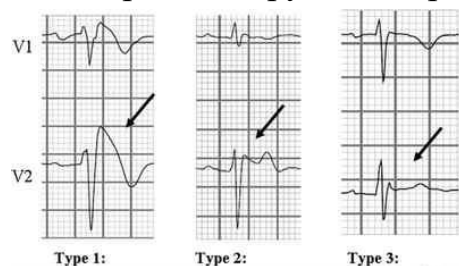
³Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск

В последние годы наиболее активно изучаются врожденные желудочковые аритмии в связи с тем, что они являются причиной 15-20% ненасильственной внезапной смерти лиц со структурно неизменным сердцем. Основной причиной генетически детерминированных желудочковых аритмий является дисфункция ионных каналов и насосов, имеющих важное значение в процессах деполяризации и реполяризации. К синдрому J-волны относят синдром Бругада и синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) (Беленков Ю.Н. с соавт., 2018). Основным клиническим проявлением синдрома J-волны являются приступы потери сознания, связанные с возникновением пароксизмов желудочковой тахикардии, чаще полиморфной, либо фибрилляции желудочков, приводящие к возникновению внезапной сердечной смерти.

Синдром Бругада – это сочетание подъема сегмента ST в правых грудных отведениях с блокадой правой ножки пучка Гиса и пароксизмами полиморфной желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков, приводящих к потере сознания и смерти. Описан братьями Бругада в 1992 г. В основе синдрома лежит мутация гена SCN5A и других генов, которые кодируют натриевые каналы. Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Диагностические критерии синдрома Бругада: 1) куполообразный или седловидный подъем ST в V1-V3 на фоне применения блокаторов натриевых

каналов или без таковых; 2) случаи внезапной смерти родственников в возрасте до 45 лет; 3) куполообразный подъем ST в V1-V3 у других членов семьи; 4) индукция желудочковой тахикардии при электрофизиологическим исследованием; 5) обмороки и агональное состояние по ночам; 6) документированная желудочковая тахикардия или полиморфная желудочковая тахикардия; 7) для выявления скрытого синдрома Бругада снять ЭКГ в V1-V3 на 2 межреберья выше или провести в отделении тест с блокаторами натриевых каналов (аймалин, флекаинид, новокаинамид). В Шанхае в 2015 году на международной конференции по проблемам синдрома J-волны была принята новая шкала для диагностики синдрома Бругада и СРРЖ.

Различают 3 типа ЭКГ в правых грудных отведениях, ассоциированных с синдромом Бругада. Прогностически неблагоприятным считается 1 тип



паттерна. Синдром Бругада может быть скрытым, либо Бругадоподобная ЭКГ может быть при других заболеваниях.

Для верификации диагноза синдрома Бругада наряду с ЭКГ признаками имеет значение наличие клинических проявлений, признаков синдрома у других членов семьи, внезапной смерти ближайших родственников, а также при 2 и 3 типах снятие ЭКГ на 2 межреберья выше, генетическое тестирование и проведение тестов. При наличии 1 типа паттерна не рекомендуется проведение лекарственного теста с блокаторами натриевых каналов, либо проведение «теста с наполненным желудком». Также не рекомендуется проведение теста пациентам со 2 или 3 типом паттерна, если под влиянием блокаторов натриевых каналов либо лихорадки он превращается в 1 тип. Медикаментозная терапия синдрома Бругада не разработана. Противопоказано применение антиаритмических препаратов 1-го класса, психотропных, местных анестетиков, а также

токсических доз алкоголя. Для купирования приступов тахикардии рекомендован изопротеренол, для профилактики внезапной смерти пациентам с подтвержденным диагнозом синдрома Бругада – имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

СРРЖ характеризуется подъемом сегмента ST более 0,1 мВ в 2-х или более отведений стандартной ЭКГ, кроме отведений V1-V3. В настоящее время СРРЖ ассоциируется с повышенным риском развития полиморфной желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков. У пациентов с СРРЖ, наряду с ЭКГ-признаками могут иметь место клинические проявления в виде синкопальных состояний, обусловленных острым нарушением сердечного ритма. В таких случаях для верификации диагноза СРРЖ, наряду с отягощенным семейным анамнезом, требуется проведение электрофизиологического исследования (появление пароксизма желудочковой тахикардии) и в меньшей степени генетическое тестирование. При наличии клинических проявлений (синкопальные состояния) или индуцирование желудочковой тахикардии при электрофизиологическом исследовании показана имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

Таким образом, своевременное выявление синдрома J-волны, верификация диагноза позволяет выбрать тактику лечения и снизить внезапную смерть в молодом возрасте.

АДАПТАЦИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЕЙ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ В КОЖЕ ПАЦИЕНТОВ

РУДЕНКОВА Т.В., КОСТЮК С.А., ШИМАНСКАЯ И.Г., МИЛЬКОТО Н.А.

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», Минск*

Метаболизм ксенобиотиков представляет собой сформировавшийся в процессе эволюции механизм адаптации организма, направленный на обезвреживание токсичных веществ. Этот процесс генетически детерминирован и с одной стороны универсален, а с другой имеет индивидуальные особенности для каждого человека. Наличие генетических особенностей (полиморфизмы, мутации и др.) обуславливает возможность появления у отдельных индивидов устойчивости к действию некоторых лекарственных средств. Описано более 300 генов, вовлеченных в процесс биотрансформации ксенобиотиков [1].

Изучение индивидуальных особенностей уровней экспрессии некоторых генов биотрансформации ксенобиотиков (UGT1A7, HMOX2, BLVRA, CCL13, APOBR, ABCC2, GSTP1) может служить маркером чувствительности клеток кожи к лекарственным средствам для местного лечения, т.к. уровень экспрессии гена дает представление о возможном количестве белкового продукта данного гена, который принимает участие в метаболизме лекарственных средств в клетках кожи.

Цель работы – адаптировать молекулярно-генетический метод для определения уровней экспрессии генов биотрансформации ксенобиотиков (UGT1A7, HMOX2, BLVRA, CCL13, APOBR, ABCC2, GSTP1) в соскобах глубоких слоев кожи пациентов.

Исследования проводили с использованием соскобов глубоких слоев кожи от пациентов с атопическим дерматитом (n=3) и экземой (n=3), а также практически здоровых лиц контрольной группы (n=3). Выделение РНК и реакцию обратной транскрипции проводили с применением наборов реагентов «Арт РНК MiniSpin» и «ArtMix-RT ревертаза» (ООО «АртБиоТех», РБ). Полученную кДНК использовали для постановки TaqMan ПЦР в режиме реального времени с применением реагента «Quick-Load Taq 2X Master Mix» (Праймтех, РБ), специально подобранных пар праймеров и зондов для каждого гена, включая house-keeping гены, на термоциклере «Rotor-Gene-6000» («Corbett research», Австралия).

На первом этапе исследования были подобраны пары праймеров (forward и reverse) и последовательности TaqMan-зондов для генов UGT1A7, HMOX2, BLVRA, CCL13, APOBR, ABCC2, GSTP1 с использованием Vector NTI программного обеспечения. Далее была проведена амплификация для выявления экспрессии каждого из исследуемых генов. Амплификационная смесь имела универсальный состав для всех таргетных генов и различалась только специфическими парой праймеров и зондом, которые вносили в пробирку.

Так как рассчитанные температуры отжига всех пар праймеров находились в пределах от 59 до 61,5°C, была составлена универсальная программа для амплификации таргетных генов: 1 цикл 95°C – 10 мин, 45 циклов 95°C – 10 с, 60°C – 40 с.

В 3 образцах были получены отрицательные результаты по выявлению экспрессии гена ABCC2, еще в 3 пробах – гена GSTP1. Во всех остальных случаях значения пороговых циклов, полученные при выполнении моноплексной ПЦР в режиме реального времени, для таргетных генов находились в пределах от 18,64 до 32,04.

С целью оценки уровня амплификации неспецифических фрагментов ДНК был дополнительно проведен электрофоретический анализ полученных в ходе проведения моноплексной ПЦР ампликонов, результаты которого подтвердили наличие специфических фрагментов ДНК во всех анализируемых образцах. Высокая аналитическая специфичность адаптированного метода была также подтверждена методом сиквенс-анализа ампликонов извлеченных из геля после проведения электрофореза (генетический анализатор ABI Prism 310 («Applied Biosystems», США)).

Выбор референсного гена проводили среди house-keeping генов человека: NGUS, GAPDH, NAGK. В результате анализа полученных данных для нормализации значений уровней экспрессии таргетных генов в качестве референсного был выбран ген GAPDH (glyceraldehyde-3-phosphate dehydrogenase), т.к. именно для него было установлено самое низкое значение коэффициента вариации – 6,1%.

Заключение. Результаты постановки ПЦР с использованием подобранных пар праймеров, зондов и программы амплификации позволяют сделать вывод, что адаптированный метод можно использовать для определения уровней нормализованной экспрессии генов UGT1A7, HMOX2, BLVRA, CCL13, APOBR, ABCC2, GSTP1 в соскобах глубоких слоев кожи пациентов.

Литература:

1. Cascorbi, I. Genetic basis of toxic reactions to drugs and chemicals / I. Cascorbi // Toxicol. Lett. – 2006. – Vol. 62(1). – P. 16-28. doi: 10.1016/j.toxlet.2005.10.015/

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ

САМОЙЛОВИЧ М.В., АРТЮШКЕВИЧ В.С.

Управление Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по г. Минску, управление судебно-медицинских экспертиз, отдел общих экспертиз № 3

Тромбоэмболическая болезнь представляет собой значительную трудность для клинической диагностики [1] и в ряде случаев приводит к развитию скоропостижной смерти своим наиболее опасным и скоротечным проявлением – закупоркой ветвей легочной артерии.

Цель исследования: определить источники и факторы риска легочной эмболии у скоропостижно умерших лиц.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный статистический анализ 1214 «Заключений эксперта», произведенных в 2017 году при судебно-медицинской экспертизе трупов скоропостижно умерших лиц на базе отдела общих экспертиз № 3 управления судебно-медицинских экспертиз Управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по г.Минску. Для исследования было отобрано 41 «Заключение эксперта», где непосредственной причиной летального исхода явилась тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), что составляет 3,4% от всей скоропостижной смерти за данный период.

Результаты и их обсуждение. В гендерной структуре мужчины составили 46,3 % случаев (19 человек), что незначительно меньше, чем женщины – 53,7% (22 человека).

При этом отмечены следующие возрастные особенности. В немногих случаях ТЭЛА возникает даже у молодых лиц - 3 наблюдения (7,3% от всех тромбоэмболий) в возрасте до 45 лет: 1 мужчина (цереброваскулярная болезнь) и 2 женщины (лимфогранулематоз; кардиомиопатия).

На средний возраст (от 45 до 60 лет) пришлось 7 случаев ТЭЛА (17,1% от всех тромбоэмболий). Среди них было трое мужчин (кардиомиопатия, ишемическая болезнь сердца, злокачественная опухоль) и четверо женщин (по 2 случая кардиомиопатии и онкологических заболеваний).

Остальные ТЭЛА (31 наблюдение или 75,6% от всех тромбоэмболий) обнаружены у пожилых людей: собственно пожилой возраст по классификации ВОЗ (от 60 до 75 лет) – 6 случаев (4 мужчин и 2 женщины), а также старческий возраст (75 лет и более) – 25 случаев (11 мужчин и 14 женщин). При этом основным заболеванием у большинства (21 наблюдение или 67,7% от всех ТЭЛА в пожилом возрасте) явилась ишемическая болезнь сердца, как правило, сопровождавшаяся артериальной гипертензией (85,7%). Кроме того, в качестве основного заболевания выявлены различные онкологические (7 случаев или 22,6% от всех ТЭЛА в пожилом возрасте) и иные заболевания (3 наблюдения или 9,7%).

Практически в половине наблюдений (20 случаев или 48,8%) указанная патология осложнялась развитием хронической сердечной недостаточности с возникновением тромбоза вен нижних конечностей или правых отделов сердца, что, в свою очередь, и послужило источником ТЭЛА. В то же время нередко встречается формирование ТЭЛА на фоне острой сердечной недостаточности (17 человек или 41,5%), также приведшей к образованию флеботромбоза. Только в небольшой группе наблюдений (4 случая или 9,7%) тромбоэмболия сформировалась на фоне ДВС-синдрома, обусловленного прогрессированием имеющегося онкологического заболевания. Обращает на себя внимание тот факт, что тромбоз вен нижних конечностей или таза ни разу не встретился в качестве источника ТЭЛА при скоропостижной смерти.

Среди факторов риска, способствующих развитию тромбоэмболических осложнений, можно выделить две основные группы: 1)

длительное неподвижное положение тела (24 наблюдения или 58,5%) вследствие заболеваний центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и т.п. состояний; 2) неблагоприятный преморбидный фон с наличием заболеваний печени и поджелудочной железы (23 случая или 56,1%), сопровождавшихся нарушением системы гемостаза.

Выводы: Основным источником ТЭЛА в случаях скоропостижной смерти является тромбоз в системе нижней полой вены на фоне длительного неподвижного положения тела, отягощенный сопутствующей патологией печени и поджелудочной железы.

Литература:

1. Баешко А.А. Тромбоэмболия легочной артерии: источники, факторы риска и динамика распространенности за 34 года / А.А. Баешко, А.А.Цыкунова, Ю.И.Рогов и др. // Высокие технологии в морфологии, их значение в клинике и перспективы внедрения в практическое здравоохранение: Материалы 1-го съезда патологоанатомов Республики Беларусь. Минск, 2006. – С. 71-72.

КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

СВИРИДОВА О.Г., ГАРАНКОВ В.Б., АРЛИЕВСКАЯ Ю.Г., ЮДИНА О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кардиотоксичность - термин, который включает в себя различные нежелательные сердечно-сосудистые явления на фоне лекарственной терапии онкологических больных.

Согласно классификации Ewer и Lippman все цитостатики разделяются по виду повреждающего действия на сердечно-сосудистую систему на I тип, вызванный применением антрациклинов, вызывающий кумулятивное, дозозависимое прогрессирующее повреждение миокарда за счет гибели миокардиоцитов и II тип – с обратимой дисфункцией миокардиоцитов, связан с новейшими препаратами разных групп: Трастузумаб, Бевацизумаб, Лапатиниб, Синитиниб, Иматиниб, и которые способны оказывать дозозависимые, обратимые функциональные нарушения миокарда[1].

Кардиотоксичность I типа обусловлена применением антрациклиновых антибиотиков и характеризуется кумулятивным, дозозависимым прогрессирующим повреждением миокарда, которое может приводить к развитию необратимой хронической застойной сердечной недостаточности [2,3].

Данный вид кардиотоксичности по срокам ее возникновения подразделяется на острую, подострую, раннюю и позднюю хроническую.

Острая кардиотоксичность, проявляющаяся в перикардит-миокардит-синдроме у больных, не имевших до этого сердечной патологии, может развиваться в момент введения или в течение 24–48 ч. Подострая кардиотоксичность встречается редко, в основном проявляется токсическим перикардитом и/или миокардитом спустя несколько недель после последнего

введения антрациклинового антибиотика [4]. Хроническая - развивается в период от 1 мес. до 30 лет; она подразделяется на раннюю, диагностируемую в течение первого года, при которой встречается редко токсический миокардит или перикардит и позднюю – диагностируемую в период от 1-го года до 30 лет. Основным проявлением поздней является нарушение сократительной способности миокарда с прогрессивным развитием дегенеративной кардиомиопатии с левожелудочковой недостаточностью, вплоть до дилатационной застойной кардиомиопатии [5]. К факторам риска развития антрациклиновой кардиотоксичности относятся: возраст старше 65 лет, наличие сопутствующей кардиоваскулярной патологии (ИБС, гипертоническая болезнь), предшествующее облучение области средостения или левой половины грудной клетки (молочная железа, легкое и др.), проведение ранее химиотерапии с использованием препаратов, обладающих кардиотоксичностью [8,9].

Кардиотоксичность II типа не сопровождается гибелью кардиомиоцитов, и в миокарде отсутствуют заметные структурные изменения. Риск развития дисфункции сердца не зависит от дозы; изменения в миокарде обратимы и при отмене препарата обычно полностью исчезают (в течение 1–3 месяцев) [6]. Данный тип кардиотоксичности обычно связывают с применением таргетных препаратов. Препараты таргетной терапии целенаправленно воздействуют на молекулярные мишени. Большинство таргетных препаратов не обладает способностью убивать или выраженно повреждать опухолевые клетки (цитотоксическое воздействие), а лишь оказывают ингибирующее влияние на пролиферацию и/или стимулируют дифференцировку опухолевых клеток (цитостатическое воздействие). В связи с этим основным эффектом при их использовании является длительное сдерживание опухолевого роста или уменьшение опухолевой массы. Кардиотоксичность данных препаратов объясняется недостаточной

таргетной специфичностью и воздействием не только на тирозинкиназыопухолевых клеток, но и на тирозинкиназы здоровых клеток [7].

Лечение возникшей или выявленной антрациклиновой кардиотоксичности проводится по общим правилам лечения ХСН. Выживаемость пациентов с тяжелой доксорубициновой КМП чрезвычайно низка. С учетом низкой эффективности лекарственной терапии и высокой смертности больных, антрациклин-индуцированной КМП, на данный момент единственным путем спасения остается трансплантация сердца.

По предварительным данным Белорусского канцер-регистра число вновь зарегистрированных случаев онкозаболеваний в 2018 г. составило 48937[10].

Среди мужчин в 2018 г. наиболее часто выявлялись (исключая базалиому кожи): рак предстательной железы, легкого, колоректальной зоны, желудка, почки, полости рта и глотки, среди женщин: рак молочной железы, колоректальной зоны, тела матки, желудка, щитовидной железы и яичников. В РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова существенно изменился профиль оперативных вмешательств: широко внедряются малоинвазивные и органосохраняющие операции, отмечается рост удельного веса высокотехнологичных операций. Постоянно нарастает объем стационарзамещающих технологий. В течение 2018 года в амбулаторных условиях получили химиотерапевтическое лечение 16287 пациентов, лучевую терапию получили 2116 пациентов. С октября 2017 года, когда был введен в эксплуатацию «гамма-нож», лечебные процедуры проведены 503 пациентам. К настоящему времени освоены и в полном объеме применяются все современные методики стереотаксической радиохирургии на «гамма-ноже» и стереотаксической лучевой терапии на линейном ускорителе.

В нашем исследовании из 6222 архивных протоколов вскрытия было отобрано 92 (1,5%). Среди заболеваний преобладали ЛПЗК (60%), рак молочной железы (17%). Рак желудка, яичников, шейки и тела матки составляли менее 25%. Возраст умерших составлял от 18 до 66 лет, мужчин 46%, женщин 54%.

Среди основных клинических проявлений преобладали: дистрофия миокарда, кардиосклероз, КМП, острый инфекционно-токсический миокардит.

Во всех случаях при макроскопическом исследовании выявлялся дряблый миокард с полосками белого цвета.

При микроскопическом исследовании можно выделить преобладание изменений КМЦ (фрагментация, гипертрофия, липофусциноз, очаговая извитость, дистрофия, атрофия, контрактурные изменения, очаги некроза) над изменением стромы (кардиосклероз, отек, кровоизлияния, фиброз, липоматоз) и сосудов (полнокровие, лейкоцитарная инфильтрация, опухолевый рост, колонии м/о, стазы и тромбы).

Литература:

1. Ewer M.S. Type II chemotherapy-related cardiac dysfunction: time to recognize a new entity / M.S. Ewer, S.M. Lippman // *J. Clin. Oncol.* – 2005. – Vol. 23(13). – P. 2900-2902.
2. Khouri M.G. Cancer therapy-induced cardiac toxicity in early breast cancer: addressing the unresolved issues / M.G. Khouri, P.S. Douglas, J.R. Mackey [et al.] // *Circulation.* – 2012. – Vol. 126. – P. 2749–2763.
3. Plana J.C. Expert consensus for multimodality imaging evaluation of adult patients during and after cancer therapy: a report from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging / J.C. Plana, M. Galderisi, A. Barac [et al.] // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 2014. – Vol. 27. – P. 911–939.
4. Campone M. Cardiac dysfunction induced by trastuzumab / M. Campone, E. Bourbouloux, P. Fumoleau // *Bull. Cancer.* – 2004. – Vol. 91, suppl. 3. – P. 166–173.
5. Hequet O. Subclinical late cardiomyopathy after doxorubicin therapy for lymphoma in adults / O. Hequet, Q.H. Le, I. Moullet [et al.] // *J. Clin. Oncol.* – 2004. – Vol. 22, № 10. – P. 1864–1871.

6. Ewer M.S. Type II chemotherapy-related cardiac dysfunction: time to recognize a new entity / M.S. Ewer, S.M. Lippman // *J. Clin. Oncol.* – 2005. – Vol. 23(13). – P. 2900-2902.
7. Chen M.H. Mechanisms of cardiac dysfunction associated with tyrosine kinase inhibitor cancer therapeutics / M.H. Chen, R. Kerkela, T. Forse [et al.] // *Circulation.* – 2008. – Vol.118. – P. 84–95.
8. Barry E. Anthracycline induced cardiotoxicity: course, pathophysiology, prevention, and management / E. Barry, J.A. Alvarez, R.E. Scully [et al.] // *Expert Opin. Pharmacother.* – 2007. – Vol. 8. – P.1039–1058.
9. Pai V.B. Cardiotoxicity of chemotherapeutic agents: incidence, treatment and prevention / V.B. Pai, M.C. Nahata // *DrugSaf.* – 2000. – Vol. 22. – P. 263–302.

**КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ
ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ
ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

*СЕМЕНЕНКОВ И.И., ПРИСТРОМ М.С., ШТОНДА М.В., ЧЕЧКО Р.Ю.,
СОСНОВСКИЙ С.В., ВОРОБЬЕВА С.В.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска*

Цель исследования: изучить изменение показателей variability сердечного ритма (ВСР) и жирнокислотного спектра крови, а также количество госпитализаций по поводу ухудшения своего самочувствия за последние 2 месяца после прохождения комплексного лечения, включающего курс нормобарической гипоксии и приема омега-3 ПНЖК у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проведено исследование показателей ВСР и жирнокислотного спектра крови у 143 пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких. У 98 пациентов (основная группа), была назначена комплексная терапия, включавшая курсы нормобарической гипоксии (НГ) и применение омега-3 ПНЖК в сочетании с медикаментозным лечением. 45 пациентов (контрольная группа) получали только медикаментозную терапию (антигипертензивные лекарственные средства, β 2-агонисты).

Результаты и обсуждение. В процессе комплексного лечения у больных основной группы отмечались достоверные изменения показателей

ВСП в увеличении парасимпатических влияний HF ($36,40 \pm 2,10$ и $43,60 \pm 1,30$ соответственно, $p < 0,05$), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ($0,74 \pm 0,03$ и $0,57 \pm 0,02$ соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений показателей ВСП в процессе лечения выявлено не было.

При исследовании жирнокислотного состава плазмы крови у пациентов основной группы наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (C14:0, C15:0, C16:0, C17:0, C18:0, C20:0, C21:0, C23:0 ($p < 0,05$)), а также отмечалось статистически достоверное увеличение концентрации в плазме крови ненасыщенных жирных кислот (C16:1, C17:1, C18:1n9t, C20:1, C18:2n6c, C22:2, C20:3n6, C20:5n3 ($p < 0,05$)). У пациентов контрольной группы выявлено статистически достоверное увеличение C18:0 и снижение C16:0, C18:1n9t, C18:2n6t, C20:1. Остальные исследуемые показатели основной и контрольной групп были статистически недостоверны.

Для оценки эффекта последствия комплексной терапии нами проанализированы следующие клинические характеристики: количество госпитализаций по поводу ухудшения своего самочувствия за последние 2 месяца после прохождения комплексного лечения. Нами установлено, что отмечается статистически достоверное снижение эпизодов госпитализаций на фоне продолжающейся терапии в основной группе ($n=98$), по сравнению с группой контроля ($n=45$). У пациентов основной группы за 2 месяца после прекращения лечения у 18 человек были зарегистрированы эпизоды повышения артериального давления, в группе контроля у 26 ($\chi^2=9,759$, $p=0,002$). 2 человека из 18 в основной группе нуждались в госпитализации, в группе контроля нуждались в госпитализации 17 из 26 человек ($\chi^2=3,916$, $p=0,048$). Из приведенных данных видно, что за 2-х месячный период статистически достоверно снизилось количество гипертонических кризов и

связанных с ними эпизодов госпитализации у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля. Следовательно, комплексное лечение на порядок эффективнее обычной медикаментозной терапии.

ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

СЕМЕНЕНКОВА А.Н.

Белорусская академия последипломного образования, г. Минск

Широкое распространение таких метаболических факторов, как ожирение, сахарный диабет (СД) 2 типа, дислипидемии, метаболического синдрома (МС) привело к эпидемии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) во всем мире. НАЖБП становится самой распространенной причиной хронического заболевания печени, что требует от экспертов со всего мира определения эффективных стратегий для диагностики и лечения НАЖБП. В последние годы были разработаны клинические руководства в Европе (EASL-EASD-EASO 2016, NICE 2016, AISF 2017), Америке (AASLD 2018) и Азиатско-Тихоокеанском регионе (2017), основанные на самых последних данных о НАЖБП.

Согласно этим руководствам лучший терапевтический подход в лечении НАЖБП – это адекватная модификация образа жизни, состоящая из диеты и физических упражнений, приводящая к снижению веса. Рекомендуется рацион с ограничением энергии за счет низкокалорийного (1200 - 1600 ккал/сутки), с низким содержанием жира (менее 10 % насыщенных жирных кислот), низкоуглеводного (<50% от общего калоража) питания, а также исключение консервированных пищевых продуктов и продуктов/напитков с высоким содержанием фруктозы. Средиземноморская диета рекомендуется в качестве наиболее эффективного диетического варианта питания, способствующего снижению веса вместе с благотворным воздействием на все кардио-метаболические факторы риска, связанные с НАЖБП. Предлагаются структурированные программы изменения образа жизни, предполагающие постепенное снижение веса на 7 – 10 %, что приводит к нормализации

печеночных ферментов и улучшению гистологической картины при неалкогольном стеатогепатите (НАСГ). Доказано, что аэробные упражнения и силовые тренировки эффективно снижают содержание жира в печени, при этом упражнения подбирают индивидуально с учетом предпочтений пациента, чтобы повысить его приверженность. Предпочтительный режим – 150 – 200 минут аэробных упражнений в неделю за 3 – 5 сеансов.

Согласно руководству EASL-EASD-EASO, фармакологическая терапия должна быть назначена пациентам с НАСГ, особенно при выраженном фиброзе (стадия F2 и выше), а также пациентам с менее тяжелым течением заболевания, но с высоким риском его прогрессирования (при СД, МС, устойчивом повышении уровня АЛТ, выраженном некро-воспалительном процессе). Аналогичным образом, в руководствах AASLD и Азиатско-Тихоокеанского региона фармакологический подход рекомендуется только для пациентов с НАСГ и фиброзом, в руководстве NICE - только пациентам с прогрессирующим фиброзом печени (тест ELF>10.51), в позиционном документе AISF лекарственная терапия рекомендуется пациентам с высоким риском прогрессирования заболевания. Метформин не рекомендуется для лечения НАЖБП из-за отсутствия доказательств его эффективности в улучшении гистологических показателей. По результатам большого многоцентрового плацебо-контролируемого исследования PIVENS (2010) рекомендуется назначение пиоглитазона и витамина Е. Тиозалидиндионы назначаются для лечения пациентам с НАСГ в сочетании с СД 2 типа или предиабетом; витамин Е является антиоксидантом и рекомендуется для лечения пациентов с НАСГ без СД и цирроза печени. В этом исследовании у пациентов с НАСГ на фоне приема витамина Е в дозе 800 Ед/сут в одной группе и пиоглитазоном 30 мг/сут в другой группе в течение 96 недель по сравнению с группой плацебо отмечалось уменьшение уровня сывороточных аминотрансфераз и гистологическое улучшение при стеатозе, воспалении,

баллонной дистрофии и, соответственно, разрешение НАСГ, но не отмечено уменьшения фиброза. Однако оказалось, что витамин Е может увеличивать риск развития рака предстательной железы и повышать общую смертность, что ограничивает его широкое назначение в клинической практике. Лечение пиоглитазоном также улучшает чувствительность тканей к инсулину, но основными побочными эффектами этой группы является способность препарата вызывать прибавку массы тела (в среднем на 4,4 кг) и остеопению у женщин в менопаузе, а также данный препарат может способствовать прогрессированию хронической сердечной недостаточности, что ограничивает его широкое назначение. Аналоги глюкагоноподобного пептида-1, влияющие на взаимодействие глюкозы-инсулина, показали положительные результаты в дорегистрационных исследованиях по оценке печеночных ферментов. В опубликованном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании (2015) лираглутид вводился подкожно в дозе 1,8 мг один раз в день в течение 48 недель и была достигнута гистологическая ремиссия НАСГ без ухудшения фиброза. Силимарин упоминается как потенциально полезный в лечении НАСГ только в Азиатско-Тихоокеанском руководстве. Другие препараты продолжают изучаться.

У пациентов, не реагирующих на изменение образа жизни и медикаментозное лечение, бариатрическая хирургия позволяет снизить массу тела и частоту метаболических осложнений со стабильными результатами в долгосрочной перспективе, а новые данные подтверждают ее эффективность в лечении некро-воспалительного процесса и фиброза.

Во всех руководствах подчеркивается безопасность назначения или продолжения приема статинов у пациентов с НАЖБП, даже с компенсированным циррозом печени, но не рекомендуются их назначение пациентам с декомпенсированным циррозом печени и острой печеночной недостаточностью.

ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИИ НА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

СЕМУШИНА Е.А., ЗЕЛЕНКО А.В., ЩЕРБИНСКАЯ Е.С., СИНЯКОВА О.К.

*Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Вибрационная чувствительность – один из видов тактильной чувствительности, возникающих при воздействии на кожу вибрационных раздражений. Исследование вибрационной чувствительности (ВЧ) позволяет оценить состояние толстых сенсорных волокон А β типа периферических нервов верхних и нижних конечностей, которые вовлекаются в патологический процесс уже на ранних стадиях диабетической периферической полинейропатии (ДПН) [1].

Классически ВЧ исследуют с помощью камертона с частотой колебаний 64 Гц или 128 Гц. Более чувствительным методом является определение ВЧ на разных частотах вибрации. С этой целью за рубежом разработаны и внедрены в клиническую практику различные варианты компьютерных вибротестеров (паллестезиометров), а метод исследования ВЧ с их использованием называется компьютерной паллестезиометрией (КП).

Определение нарушения ВЧ в широком диапазоне частот (3,15-500 Гц) в Республике Беларусь стало возможным благодаря разработке анализатора вибрационной чувствительности АНВЧ-01. Данный прибор предназначен для оценки порогов вибрационной чувствительности (ПВЧ) дистальных отделов конечностей человека путем создания локальных виброколебаний различной интенсивности, частоты и регистрации минимальных ощущаемых из них. При ДПН поражаются, преимущественно, дистальные отделы нижних конечностей.

Цель - установить референтные значения ПВЧ на дистальных отделах нижних конечностей методом КП с использованием АНВЧ-01 у практически здоровых лиц.

Материалы и методы. Проведены исследования ВЧ дистальных отделов нижних конечностей методом КП с использованием АНВЧ-01 у практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 65 лет. Объем выборки составил 258 человек, из них: 120/ (46,51 %) мужчин, 138/(53,49 %) женщин. Были установлены пять возрастных групп обследуемых: 18-29 лет, 30-44 лет, 45-59 лет, 60 лет и старше.

Исследование проводилось на дистальных отделах нижних конечностей (подошвенная поверхность концевой фаланги больших пальцев стоп) последовательно справа и слева.

Обработка данных проводилась с использованием возможностей программы MS Excel из пакета MS Office 2010. Была учтена приборная погрешность измерений, характеризующаяся размахом не более 1 дБ. Значения, соответствующие перцентилю уровня 50 (медиана), использовали в качестве референтных порогов для каждой частоты предъявления стимула. Перцентили уровней 2,5 и 97,5 ПВЧ рассматривали как верхнюю и нижнюю границы области ожидаемых значений результатов измерений для практически здоровых лиц.

Результаты. Установлены референтные значения ПВЧ на дистальных отделах нижних конечностей методом компьютерной паллестезиометрии с использованием АНВЧ-01 у практически здоровых лиц. Статистически значимые ($p < 0,05$) различия референтных значений ПВЧ дистальных отделов нижних конечностей у практически здоровых лиц в зависимости от пола в группе 18-29 лет были найдены на частотах 16; 20; 25; 31,5 Гц с преобладанием данных показателей у мужчин; в группе лиц 30 - 44 года - на частотах 4; 8; 63 Гц с преобладанием данных показателей у мужчин; в группе

лиц 45-59 лет – на частотах 25; 63; 125; 160 Гц с преобладанием данных показателей у женщин; в группе лиц старше 60 лет - значимых различий выявлено не было.

С увеличением возраста отмечается увеличение референтного значения ПВЧ у практически здоровых мужчин на частотах 3,15; 4; 8; 63; 160; 250 Гц, у практически здоровых женщин – на частотах 4; 8; 20; 31,5; 63; 100; 125; 160; 250; 500 Гц. На рисунках 1 и 2 изображены нижняя и верхняя границы ПВЧ у практически здоровых мужчин и женщин в возрасте до 29 лет и после 60 лет.

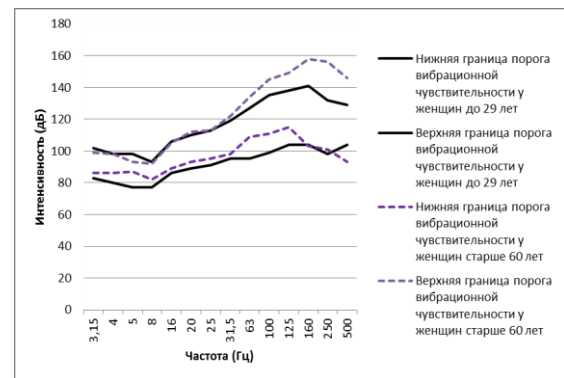
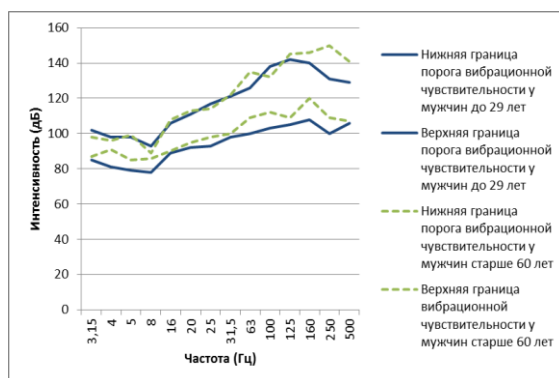


Рисунок 1 - Нижняя и верхняя границы ПВЧ у практически здоровых мужчин до 29 лет и после 60 лет

Рисунок 2 – Нижняя и верхняя границы ПВЧ у практически здоровых женщин до 29 лет и после 60 лет

Референтные значения ПВЧ дистальных отделов нижних конечностей у практически здоровых мужчин старше 60 лет статистически значимо ($p < 0,05$) превышали таковые у практически здоровых мужчин до 29 лет на частотах 4; 63; 160; 250 Гц. Референтные значения ПВЧ дистальных отделов нижних конечностей у практически здоровых женщин старше 60 лет статистически значимо ($p < 0,05$) превышали таковые у практически здоровых женщин до 29 лет на частотах 4; 63; 100; 125; 160; 250 Гц.

Заключение. Метод КП с использованием АНВЧ-01 может быть использован в клинической практике с целью выявления нарушений

вибрационной чувствительности на дистальных отделах нижних конечностей.

Литература:

1. Киричкова, Г.А. Показатели компьютерной паллестезиометрии с нижних конечностей у здоровых добровольцев / Г.А. Киричкова [и др.] // Журн. Функциональная диагностика. – 2009. - № 6. – С. 68-72.

ДЕКОМПРЕССИОННАЯ БОЛЕЗНЬ ДАЙВЕРОВ

СТЕПАНЮК А.А., СЁМКИНА Л.И.

Республиканский центр гипербарической оксигенации и гипобарической адаптации,

УЗ «Минская областная клиническая больница», г. Минск

Декомпрессионная болезнь (ДКБ) - комплекс патологических изменений, обусловленных накоплением свободных пузырьков газа в крови и тканях организма из-за несоблюдения правил перехода из среды с избыточным давлением в среду с обычным давлением. Встречается у лиц, занимающихся подводными погружениями (дайвингом), водолазов, рабочих занятых на работах в кессоне.

Ранее в нашей стране, в силу ее географического положения, данная патология практически не встречалась. Однако, в последние годы с развитием туризма в южные страны обращаемость пациентов с симптоматикой ДКБ увеличилась. В отделении гипербарической оксигенации и гипобарической адаптации (ГБО и ГБА) УЗ «Минская областная клиническая больница» в 2018 г. пролечено 4 пациента с ДКБ. Знание механизмов развития и условий возникновения декомпрессионной болезни в значительной степени помогают установить правильный диагноз и назначить патогномоничное лечение.

В любительском дайвинге в качестве дыхательной смеси используется воздух. Основную долю в суммарном парциальном давлении газов, входящих в состав воздуха занимает азот. Его в воздухе содержится примерно 79,03%. При погружении парциальное давление газов дыхательной смеси, которой дышит дайвер, увеличивается пропорционально глубине погружения. При этом азот, являющийся, по сути, физиологически инертным газом, в отличие от кислорода, в газообмене не участвует. Он физически растворяется и накапливается в плазме, жидких средах и тканях организма.

Степень насыщения тканей азотом напрямую зависит от глубины и длительности погружения.

Во время подъема на поверхность, парциальное давление азота в крови уменьшается. Запускается процесс насыщения организма. Азот из тканей начинает интенсивно поступать в кровь. В какой-то момент количество азота способного раствориться в крови становится предельным, и дальнейшее его поступление ведет к формированию микропузырьков газа, которые с током крови выносятся в лёгкие и выдыхаются наружу. При медленном всплытии с положенными остановками, образующиеся микропузырьки азота успевают выноситься кровью, не принося никакого вреда.

При ускоренном всплытии образуется большое количество пузырьков газа, которые уже не успевают удаляться через лёгкие в процессе выдоха. Кровь как бы «закипает». Особую опасность представляют пузырьки, образующиеся в артериальной части кровеносной системы. Большие скопления пузырей, соединившись друг с другом, могут стать причиной газовой эмболии не только в микроциркуляторном русле, но и в более крупных сосудах.

Какое-то количество газа, растворенного в тканях, не успевает перейти в кровь, в них так же запускается процесс образования газовых пузырьков – внесосудистый компонент ДКБ.

Первые симптомы ДКБ, в виде болей, могут проявляться как через длительный (до 36 часов) промежуток времени, так и в пределах 1-3 ч после подъема на поверхность. Боли возникают постепенно и локализуются чаще всего в коленном, плечевом и локтевом суставах - классический симптом ДКБ. Боли усиливаются при пальпации сустава и сгибании конечности. Наиболее частым кожным симптомом является зуд, локализующийся на проксимальных частях конечностей, в области живота и ягодиц. Характер зуда напоминает кожный зуд при укусе насекомых. Косвенным признаком

ДКБ может служить ухудшение состояния при подъеме в горы или перелет на самолете в ближайшее время после погружения. Этот феномен обусловлен расширением пузырьков газа при снижении атмосферного давления.

Диагностика ДКБ не представляет большого труда, при обращении дайвера в течение первых суток после погружения. При обращении через несколько, дней, недель или даже месяцев с постановкой диагноза могут быть серьезные затруднения. В случае позднего обращения пациент, чаще всего, не связывает свое состояние здоровья с дайвингом.

Единственный эффективный метод лечения декомпрессионной болезни – лечебная рекомпрессия. Поскольку в обычных условиях создать пациенту повышенное атмосферное давление практически невозможно. Лечение должно проводиться путем создания необходимого избыточного давления в специальной рекомпрессионной барокамере. Еще более эффективным является лечение методом гипербарической оксигенации (ГБО). Создаваемое в барокамере избыточное давление ведет к растворению пузырьков газа. В барокамере пациент дышит чистым кислородом, что исключает повторное насыщение организма азотом. Медленное снижение давления позволяет растворенному газу покинуть ткани и вывестись из организма. Метод ГБО снимает болевой синдром и приводит к быстрому выздоровлению. Чем раньше начинается лечебная рекомпрессия, тем более успешным будет лечение.

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ

СУХИХ Ж.Л.¹, ШТОНДА М.В.¹, БАНЬКОВА Е.М.¹, ПЕТРОВ С.А.¹, МАКОВСКАЯ А.А.²

¹ГУО БелМАПО, г. Минск

²УЗ «2-я городская клиническая больница», г. Минск

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и по частоте занимает 2-3-е место после язвы желудка, язвы 12 перстной кишки и холецистита. ГПОД – состояние, при котором через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы смещаются нижняя часть пищевода, желудок, и даже петли тонкого кишечника. При целенаправленном обследовании ГПОД обнаруживаются в 1-9 % случаев, а в пожилом возрасте – в 50 % случаев. Диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы затруднена, так как симптомы ее весьма многообразны, она часто сочетается с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и протекает с осложнениями. По образному выражению Харрингтона (1948г.), ГПОД из-за многообразия своей клинической картины являются «маскарадом верхнего отдела живота». Разнообразие симптоматики, обилие осложнений и весьма частое сочетание с другими гастроэнтерологическими заболеваниями – это и есть объективные причины, обуславливающие ошибки и трудности в диагностике ГПОД.

В происхождении ГПОД решающую роль играют как минимум три группы факторов: ослабление соединительнотканых структур, повышение внутрибрюшного давления, дискинезия пищеварительного тракта, в частности пищевода. Для постановки диагноза выполняют рентгенографию пищевода с контрастированием сульфатом бария,

фиброгастродуоденоскопию, исследуют моторику пищевода с помощью эзофагоманометрии, проводят суточную рН-метрию.

Клинические проявления ГПОД делятся на 2 группы: пищеводные и внепищеводные проявления. Наиболее частым симптомом ГПОД, осложненной рефлюкс-эзофагитом является боль. По нашим и литературным данным боль наблюдается у 70% пациентов. Она чаще всего локализуется в подложечной области, за грудиной, в левом подреберье. Боли появляются вскоре или через 30 - 45 минут после приема пищи и усиливаются в положении лежа, при наклоне туловища вперед. В отдельных случаях боль локализуется за грудиной и очень схожа с коронарными болями, иногда симулируя инфаркт миокарда, или вызывает аритмии сердечной деятельности. Причиной возникновения болей служат раздражение слизистой пищевода кислым желудочным содержимым и мышечная дискинезия (эзофагоспазм). Другим важным симптомом ГПОД является изжога, наблюдаемая более чем у 80 % больных. Она возникает через 40-60 минут после приема пищи (особенно обильной); при наклонах туловища вперед, физической нагрузке. Отрыжка наблюдается примерно у 30% пациентов. Отрыжка может быть воздухом, приносящая облегчение больным, уменьшая чувство распирания в подложечной области. Дисфагия – имеет место у 25-30 % пациентов. Особое внимание необходимо уделить такому внепищеводному симптому как анемический. Анемический синдром реже постгеморрагический, чаще обусловленный микрокровоотечениями (до 40-50 мл). Важно отметить, что размеры ГПОД не определяют интенсивность ни геморрагического ни анемического синдрома. Малые грыжи часто сопровождаются хроническими кровопотерями с падением гемоглобина (Нв) до 30 г/л, а большие ГПОД не влияют на нормальные показатели Нв. Бронхолегочный синдром: это относительно редкий синдром ГПОД, обусловленный частыми астматическими бронхитами, бронхиальной астмой,

пневмониями. Выраженность этих бронхолегочных проявлений зависит не столько от вида, величины или давности ГПОД, сколько от силы гастроэзофагеальных регургитаций и развития рефлюкс-эзофагитов.

Клиницисты давно обратили внимание на существование значительной склонности к грыжеобразованию у детренированных и астенизированных людей, а также у лиц, страдающих некоторыми заболеваниями с поражением соединительнотканых структур (плоскостопие, варикозное расширение вен голеней, геморрой, дивертикулез кишечника и др.).

Большая распространенность ГПОД, недостаточное знакомство многих практических врачей с клиникой, диагностикой затрудняет своевременную постановку диагноза, а это в свою очередь затрудняет адекватное назначение лекарственных средств.

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЫ В ТЕРАПИИ:

АНГИОДИСПЛАЗИЯ КИШЕЧНИКА

*СУХИХ Ж.Л.¹, ШТОНДА М.В.¹, БАНЬКОВА Е.М.¹, ПЕТРОВ С.А.¹, КУНАШ И.И.²,
СЕМЕНЯКО С.В.², ВАЛЬКЕВИЧ М.С.², ХРОМКОВ Е.А.², МОТУЗОВ С.М.²*

¹ГУО БелМАПО, г. Минск

²УЗ «2-я городская клиническая больница», г. Минск

Все кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) делятся на кровотечения из верхних отделов и кровотечения из нижних отделов ЖКТ. В отличие от кровотечений из верхних отделов ЖКТ, большинство кровотечений из нижних отделов бывают скрытыми или непостоянными, и не требуют госпитализации. На первое место выходят кровотечения (30%) из кавернозных ангиогемангиом и ангиодисплазий слизистой оболочки тонкой и толстой кишки. В 5-10% случаев причину кровотечения установить не удается. В одном крупном исследовании, проведенном с 1998-2006 год и включившем 1 112 пациентов с кровотечениями, частота ангиодисплазий составила 2,3%.

Приводим клинический пример. Пациент Г., 79 лет, инвалид 2 группы, госпитализирован во 2-ю городскую клиническую больницу 27.06.2012. Жалобы при поступлении на сильную общую слабость, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке, которые резко усилились последние три недели. Считает себя больным с 2003 г. когда впервые перенес инфаркт миокарда, затем повторные инфаркты в 2004 и 2008 гг. В 2007 г. пациент оперирован в РНПЦ «Кардиология». Диагноз при выписке: ИБС: прогрессирующая стенокардия (от 05.09.2011г.) с исходом в стабильную стенокардию напряжения ФК 3, и постинфарктный (2003, 2004, 2008 гг.) и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Состояние после

протезирования АК, МК, пластика ЗСЛЖ, ТК, АКШ (2007 г.). ХСН, ФК 2, Н2А. Артериальная гипертензия 2, риск 4. Гипертриглицеридемия. Анемия хронического заболевания средней степени тяжести. При стабилизации состояния пациента рекомендуется дальнейшее обследование для уточнения причин анемии. Пациент был госпитализирован в реанимационное отделение БСМП 22.01.2012. в связи нарастанием ХСН (выраженная одышка, отеки нижних конечностей, асцит) на фоне снижения гемоглобина (52 г/л). При ЭГДС 23.01.2012 выявлены недостаточность кардии, гастропатия. При фиброколоноскопии (ФКС) от 24.01.12г. выявлено рецидивирующее кровотечение из гемангиомы слепой кишки, эндоскопический гемостаз. Повторный эндоскопический гемостаз проведен 26.01.12г. Заключительный диагноз: сосудистая мальформация купола слепой кишки, осложненная кровотечением. При гемоглобине 87 г/л пациент выписывается для амбулаторного наблюдения. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение 2 ГКБ (27.06–06.07.2012) проходит на фоне снижения гемоглобина до 76 г/л, анизоцитоза, микроцитоза. Результаты обследований были следующими. ЭГДС от 02.06.12.: эритематозная антральная гастроскопия. ФКС от 08.03.12.: эндоскоп введен до купола слепой кишки. Слизистая бледно-розового цвета, гладкая, блестящая. Сосудистый рисунок усилен, сосуды умеренно извиты, в слепой кишке несколько плоских ангиоэктазий в виде пятен до 0,5 см красного цвета без признаков кровотечения. Заключение: ангиоэктазия слепой кишки. Пациенту проведено переливание эритроцитарной массы дважды, введение препаратов железа внутримышечно. На фоне лечения купировалась одышка, отеки нижних конечностей, значительно уменьшилась слабость. Уровень гемоглобина повысился до 110 г/л.

По данным исследований, наиболее часто (66,7%) приобретенные ангиодиспластические изменения локализовались в правой половине

ободочной и терминальном отделе подвздошной кишки, у 25% – в сигмовидной кишке и лишь у 8,3% больных имелось множественное поражение правых и левых отделов ободочной кишки. Характерным признаком приобретенной АД является её развитие у лиц старше 60 лет, а также имеющих несколько сопутствующих заболеваний. Основным клиническим проявлением заболевания у пациентов являются выделения крови из прямой кишки различной степени интенсивности, возникающие без видимых причин. В литературе встречаются описания остро возникших массивных кровотечений, которые потребовали интенсивной кровезамещающей терапии параллельно с проведением обследования. Следует отметить, что до 50% пациентов с этой патологией были неоднократно оперированы в экстренном порядке. Данные интраоперационной ревизии с множественными гастро-энтеро- и колотомиями не позволили выявить причину геморрагии. При эндоскопическом исследовании приобретенная АД может выглядеть как участок слизистой оболочки округлой формы, ярко-красного или вишневого цвета, не выступающий в просвет кишечной стенки. От него радиально расходятся умеренно расширенные извитые сосуды на протяжении 7-10 мм. Размер этих патологических образований от 0,3 до 0,7 см. Образования легко травмируются, с появлением капелек крови. По данным самого крупного исследования в РФ, у большинства пациентов АД локализуются в правых отделах ободочной и терминальном отделе подвздошной кишки, что является еще одним характерным признаком этого заболевания. Клинические проявления АД ободочной кишки варьируются от необъяснимой железодефицитной анемии до острого толстокишечного кровотечения. У 15% пациентов кровотечение может быть массивным. У 90% проходит самостоятельно (эпизодические кровотечения). Гемодинамическая нестабильность (тахикардия, артериальная гипотензия, нестабильность

артериального давления при изменении положения тела) выявляется у 15% пациентов. Клинические признаки железодефицитной анемии (хронической) выявляются у 15-25% пациентов. Таким образом, представленный нами случай представляет редко встречающееся заболевание, наблюдаемое у пожилых пациентов с тяжелой коморбидной патологией.

СКРИНИНГОВАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

ТОМАШЕВА А.Ю., ГРАБКО Л.В.

УЗ «2-я ГКБ» г. Минска

В последнее время отмечается рост заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) как в странах ближнего зарубежья, так и во всем мире. Традиционно основными методами диагностики заболеваний желудка являются рентгенологический и эндоскопический, а в качестве дополнительного, использовался метод ультразвукового исследования (УЗИ) желудка. Однако с целью оптимизации диагностики заболеваний желудка современными методами лучевой визуализации, для рационального планирования профилактических и лечебных мероприятий, возникла необходимость в создании нового контрастного средства для трансабдоминального УЗИ желудка, общедоступного для практического применения. В связи с этим необходимо использовать для исследования желудка недорогие, не имеющие лучевой нагрузки, необременительные для пациента методики. Диагностика патологических изменений желудка без клинических проявлений весьма сложна и требует проведения специальных лабораторно-инструментальных исследований. В связи с быстрым развитием ультразвуковой техники, значительно расширились возможности ультразвуковой диагностики, включая исследование полых органов брюшной полости. Был предложен ряд методик ультразвуковой диагностики с использованием контрастирующих веществ. В настоящее время для скринингового ультразвукового исследования желудка мы использовали многокомпонентное запатентованное нами контрастное средство (КС), позволяющее изучать не только рельеф слизистой оболочки, но и структуру стенки желудка. Применение этого контрастного средства дало возможность

получать более четкое изображение стенки желудка и более надежно выявлять ее пятислойность. Используя новое контрастное средство, мы повышаем тонус желудка (при его снижении отсутствует градиент плотности между мышечным и подслизистым слоями стенки желудка и она начинает выглядеть трехслойной) и эхографически структура его стенки вновь выглядит пятислойной. Ультразвуковое наблюдение за функциональными и структурными особенностями желудка, позволило выявить изменения и в паренхиматозных органах брюшной полости, в частности при циррозе печени. Применялась двухэтапная методика УЗИ желудка. Первый этап исследования заключался в ультразвуковом изучении как желудка, так и других органов брюшной полости. При выявлении, каких-либо изменений в желудке, тем более симптома ППО, применялся второй этап исследования с заполнением желудка, разработанным нами многокомпонентным контрастным средством. Следующим этапом диагностики заболеваний желудка у пациентов группы риска было эндоскопическое исследование с последующим морфологическим подтверждением.

Материалы и методы. Для диагностики использовался многофункциональный аппарат «АЛОКА-6» с конвексным датчиком 3.5Мг, работающий в режиме реального времени, в серошкальном изображении.

Проанализированы результаты скринингового УЗИ желудка у 109 мужчин и 155 женщин в возрасте от 18 до 75 лет, находящихся на лечении по поводу различных заболеваний. Обычно, обследование проводили в утреннее время в поперечных, продольных и косых проекциях. При этом применяли дозированную компрессию датчиком для получения качественного изображения исследуемого отдела желудка в различных проекциях. В первую очередь учитывали такие параметры, как форма желудка, симметричность его отделов, равномерность толщины стенок и их структуру.

Результаты исследований и обсуждения. В 100% случаях при УЗИ определяются все отделы желудка, для и более четкого изображения дна и субкардиального отделов, УЗИ проводили горизонтальном положении пациента на левом боку. При изучении тела, антрального и пилорического отделов желудка пациент находился в положении стоя или сидя. Подвижность желудка оценивалась при дыхании и полипозиционном исследовании пациента. Во время обследования желудка оценивалось также состояние других органов брюшной полости, включая лимфотическую систему. У 15 больных были выявлены признаки воспалительных изменений желудка (разная степень выраженности деформации рельефа слизистой оболочки), у 3-х больных был выявлен синдром ППО (поражения полого органа), неравномерное утолщение, снижение эхогенности, нарушение структурного строения стенок, у 4-х больных в теле желудка выявлены пристеночные, не смещаемые однородные округлые с ровными контурами образования 6-11мм в диаметре, исходящие из слизистой оболочки желудка, что по признакам соответствовало полипам; у 23 больных в желчном пузыре выявлены конкременты до 5-12 мм; у 28 больных в почках найдены конкременты и кисты.

Выводы. Таким образом, скрининговый вариант УЗИ позволяет проведение биометрических параметров желудка практически в 100% случаев. Скрининговую диагностику заболеваний желудка следует применять в процессе обычного ультразвукового исследования органов брюшной полости, а при подозрении на патологические изменения в желудке использовалось наше многокомпонентное контрастное средство.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

ХВАЩЕВСКАЯ Г.М., НЕРОБЕЕВА С.И.¹, КАРПОВИЧ А.И.²

¹БГМУ, кафедра прорадеватки внутренних болезней,

²УО БГМК, г. Минск

Введение. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) до 2020 года хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) станут не только одной из самых распространенных форм патологии человека, но и войдут в число лидирующих причин смертельных исходов. В Беларуси на сегодняшний день около 60 тысяч человек страдают хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), более 62 тысяч пациентов бронхиальной астмой (БА).

Прогрессирование ХНЗЛ связано как с возрастающим загрязнением окружающей среды промышленными поллютантами, табакокурением, наследственностью, генетическими факторами, вирусными инфекциями, изменением демографической ситуации (увеличением доли пожилых людей в популяции), а также низкой мотивацией населения к ведению здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью.

До 70% всех причин преждевременной смерти взрослого человека (данные экспертов ВОЗ), могут быть обусловлены поведенческими привычками, сформированными в подростковом возрасте. Поэтому крайне важно первичную профилактику ХНЗЛ начинать с детства и продолжать активно проводить в подростковом возрасте на этапе формирования поведенческих привычек, определяющих образ жизни взрослого человека и выступающих затем в роли ФР развития ряда ХНЗЛ.

Цель работы. Изучить особенности образа жизни и распространенность факторов риска (ФР) развития ХНЗЛ среди учащейся молодежи путем анонимного анкетирования.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди учащихся Белорусского государственного медицинского колледжа (БГМК) и студентов Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ). Всего обследовано 534 человек в возрасте от 18 до 24 лет. Опрос проводился по специально разработанной анкете, позволяющей выявить распространенность основных ФР развития ХНЗЛ, отношение к своему здоровью и здоровому образу жизни.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у 10,2% респондентов имеет место: хронический бронхит (ХБ), у 12,2% - БА, хронические заболевания верхних дыхательных путей (тонзиллит – 35%, ринит – 16,3%, синусит – 12,2%, искривление носовой перегородки – 8,1%). Наличие хронических заболеваний у анкетированных подтверждены медицинскими справками (форма № 086/у).

Распространенность курения среди респондентов составила 11,0%, причем 3,4% курят с 11 – 18 летнего возраста от 5-6 до 20-30 сигарет в день. Всем известно, что курение вредит здоровью. Но далеко не все осознают тот факт, что пассивное курение также приносит огромный вред. Пассивное курение выявлено у 55% обследуемых. Важным ФР, определяющим частоту заболеваемости населения ХНЗЛ, является высокий уровень загрязненности окружающей среды промышленными поллютантами. На проживание в домах, находящихся рядом с автомобильной трассой, вредными предприятиями, автозаправкой указали 27% обследуемых. Аллергические реакции выявлены у 33% респондентов. К значимым ФР ХНЗЛ относятся острые инфекционные заболевания дыхательных путей. На частые и

затяжные (2-4 раза в год) ОРВИ указали 23,7% учащихся. Отягощенная наследственность (по ХНЗЛ) составила 40% БА, 11,1% ХБ, 6,7% ХОБЛ.

Важно отметить, что у 11,6% респондентов имелось три и более ФР ХНЗЛ.

При выяснении вопроса об отношении к собственному здоровью было установлено, что будущие медицинские работники достаточно хорошо знают о доминирующем влиянии образа жизни на здоровье, однако эти знания у ряда из них не переросли в устойчивое убеждение о высокой ценности здоровья и мотивацию его сохранения и укрепления. Проведенное исследование позволило решить ряд задач:

1) установить частоту распространенности ряда ФР ХНЗЛ у учащейся молодежи и помочь им осознать потенциальное негативное влияние;

2) выявить лиц, имеющих 3 и более ФР и вероятность раннего развития ХНЗЛ;

3) показать учащимся необходимость коррекции образа жизни путем приобщения к регулярным занятиям физической культурой в свободное от учебы время, правильной организации распорядка дня, отказа от вредных привычек, здорового питания.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

ХВАЩЕВСКАЯ Г.М., НЕРОБЕЕВА С.И.¹, КАРПОВИЧ А.И.²

¹БГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней,

²УО БГМК, г. Минск

Актуальность. Проблема АГ (артериальная гипертензия) в сочетании с ожирением находится в центре внимания в связи с ранней инвалидизацией, повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смертностью. У лиц с ожирением вероятность развития АГ на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Среди лиц с избыточной массой тела АГ наблюдается в 5-6 раз чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. Ожирение сопровождается нарушениями липидного профиля плазмы крови, что выражается увеличением уровня свободных жирных кислот, триглицеридов (ТГ), формированием в крови большого числа небольших по размеру липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (наиболее атерогенных) и снижением количества липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), что суммарно оказывает выраженное атерогенное действие [Перова Н.В. и др., 2001; Duckworth W. et al., 2009]. Все вышеизложенное определяет актуальность исследования.

Цель работы: выявить частоту сочетания артериальной гипертензии с ожирением, изучить особенности нарушений ритма и проводимости у пациентов с данной патологией.

Материал и методы. Обследовано 76 пациентов кардиологического отделения УЗ «11-я ГКБ г. Минска». Возраст пациентов: 28-55 лет (средний возраст-41,5). Всем пациентам проводили лабораторную диагностику: общий анализ крови, биохимический анализ крови с липидограммой,

холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и суточное мониторирование артериального давления (АД). Пациенты были разделены на 2 группы: 1- группа, страдающие АГ и ожирением (n=50), 2-группа - пациенты, страдающие АГ, но имеющие нормальный ИМТ (n=26); Критериями включения пациентов в программу исследования являлись данные физикального и лабораторного исследования (уровень АД, мм.рт.ст. соответствовал $>140/90$; ИМТ, кг/м >25 ; окружность талии, см у мужчин >94 ; у женщин >80 ; глюкоза плазмы, ммоль/л $>5,6$; ТГ, ммоль/л $>1,7$; ХС ЛПВП, ммоль/л $>1,0$).

Результаты и их обсуждение. По полученным данным, имеется прямо пропорциональная зависимость частоты развития АГ различной степени и показателя степени риска от величины ИМТ: чем больше ИМТ, тем тяжелее патология сердечно-сосудистой системы.

У пациентов первой группы средний возраст составил $41,6 \pm 1,9$ лет; длительность ожирения - $6,1 \pm 3,2$ лет; длительность АГ - $5,1 \pm 2,4$ лет; стаж курения - $15,1 \pm 2,6$ лет; ИМТ - $31,8 \pm 1,4$ кг/м²; САД - $165,7 \pm 4,7$ мм.рт.ст.; ДАД - $105,7 \pm 4,1$ мм.рт.ст. Средний возраст пациентов второй группы составил $44,5 \pm 3,1$ лет; длительность АГ - $5,0 \pm 2,2$ лет; стаж курения - $24,8 \pm 1,1$ лет; ИМТ - $24,8 \pm 1,1$ кг/м²; САД - $162,2 \pm 3,3$ мм.рт.ст.; ДАД - $97,7 \pm 2,5$ мм.рт.ст.

Как видно показатели обеих групп различны, причем в группе пациентов с АГ и ожирением их значения выше, чем у пациентов с АГ и без ожирения.

При исследовании показателей липидного спектра сыворотки крови пациентов первой группы общий ХС составил $5,92 \pm 0,21$ ммоль/л (N - 5,2-6,5), ТГ - $2,1 \pm 0,02$ ммоль/л (N 0,51-1,86); ЛПВП - $0,89 \pm 0,04$ ммоль/л (N 0,9 - 1,8); ЛПНП - $3,86 \pm 0,06$ ммоль/л (N - 2,37- 4,36); ЛПОНП - $0,78 \pm 0,0$ ммоль/л (N - 0,47- 0,65). У пациентов второй группы общий ХС составил $4,68 \pm 0,08$

ммоль/л; ТГ - $1,86 \pm 0,04$ моль/л; ЛПВП - $0,69 \pm 0,03$ ммоль/л; ЛПНП - $2,48 \pm 0,06$ ммоль/л; ЛПОНП - $0,66 \pm 0,02$ ммоль/л.

При анализе ЭКГ и ХМ ЭКГ выявлены следующие изменения у пациентов обеих групп, однако в большей степени у пациентов с ожирением: увеличение частоты сердечных сокращений; увеличение длительности комплекса QRS; изменение вольтажа QRS; удлинение интервала QT с; увеличение дисперсии интервалов QT (это разница между максимальными и минимальными значениями QT интервала, измеренного в 12 стандартных отведениях ЭКГ; депрессия сегмента ST в V5-V6; отклонение ЭОС влево.

Выводы:

1. АГ и ожирение - патологии, сочетающиеся между собой в 90-100%, находящиеся в прямопропорциональной зависимости от величины ИМТ. У пациентов с АГ и ожирением выявлен дисбаланс липидного спектра сыворотки крови.

2. У пациентов обеих групп, выявлено увеличение длительности комплекса QRS, изменение вольтажа QRS, депрессия сегмента ST (в V5- V6), отклонение ЭОС влево и др. Однако в большей степени они были выражены у пациентов, страдающих АГ с ожирением.

3. Были выявлены наиболее частые формы нарушений ритма: желудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий, блокады ножек, удлинение интервала QT, чаще встречающиеся у пациентов с АГ и ожирением.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ХИСАМО С.А., ПРИСТРОМ А.М., ГАЙШУН Е.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Цель: Изучение частоты встречаемости желудочковых нарушений ритма у женщин с дефицитом массы тела в третьем триместре беременности.

Материал и методы: В исследование были включены 110 беременных женщин, наблюдавшихся в женских консультациях г. Минска. В исследуемую группу (группа 1) вошли 62 беременные женщины с дефицитом массы тела (ИМТ <18,5). Группу сравнения (группа 2) составили 48 беременных женщин с нормальной массой тела (ИМТ 18,6-24,9). Медиана возраста пациенток, включенных в исследуемую группу, составила 27,4±1,2 года, в группе сравнения медиана возраста составила – 26,8±1,9 года. С целью оценки состояния сердечно-сосудистой системы всем пациенткам было выполнено ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты: При выполнении эхокардиографии у 57 (91,9%) беременных женщин с дефицитом массы тела (n=62) был выявлен пролапс митрального клапана. В группе сравнения (n=48) пролапс митрального клапана был обнаружен у 15 (31,2%) беременных женщин. При этом было отмечено, что у беременных женщин с дефицитом массы тела чаще чем в группе сравнения регистрировалась митральная регургитация 1-й степени (35,6% против 17,8%, $p<0,05$) и 2-й степени (48,9% против 8,9%, $p<0,05$). По данным ХМ ЭКГ в группе беременных женщин с дефицитом массы тела достоверно чаще регистрировалась желудочковая экстрасистолия (38,0% против 8,0%, $p<0,05$). Количество желудочковых экстрасистол в первой группе за сутки колебалось от 200 до 5000, в то время как в группе сравнения

количество желудочковых экстрасистол составило 1-64 в сутки. У части пациенток группы 1 (n=8) были зарегистрированы куплеты (11-70 за сутки) и триплеты (n=5) 3-110 в сутки, в группе сравнения данные нарушения ритма не были зарегистрированы. Эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии (1-5 за сутки) регистрировались у 7 (11,3%) беременных первой группы, в то время как во второй группе данные эпизоды не наблюдались. Прослежена корреляционная связь между частотой встречаемости желудочковых нарушений ритма и наличием дефицита массы тела ($r=0,45$, $p=0,035$).

Заключение: Исходя из полученных в ходе исследования данных следует, что дефицит массы тела у беременных женщин имеет прямую корреляцию с частотой встречаемости желудочковых аритмий. Несмотря на то, что в группе беременных пациенток с нормальной массой тела также встречались желудочковые нарушения ритма, в группе беременных пациенток с дефицитом массы тела ($ИМТ < 18,5$) данные нарушения встречались достоверно чаще ($p < 0,05$).

ЛАЗЕРЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ШТОНДА М.В., БАЯЗИТОВА Ю.Р.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г.Минск

Лазеры нашли свое применение в медицине с 60-х годов 20 века и на сегодняшний день успешно используются практически во всех областях медицины, доказав свою высокую эффективность и безопасность. В клинике внутренних болезней применяются лазеры малой мощности – 1-100мВт. Среди основных методик лазерной терапии можно выделить местную терапию, лазерную акупунктуру, внутрисполостное освечивание, надвенное и внутривенное лазерное облучение крови.

Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) является эффективным методом лечения широкого круга терапевтических заболеваний. В процедуре ВЛОК используется низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) мощностью 1-5 мВт различного спектрального диапазона: 365-405 нм – ультрафиолетовый спектр; 400-760 видимый спектр (440-445 нм – синий спектр; 520-525 нм – зеленый спектр; 635 нм – красный спектр) и 780-785 нм и 890-904 нм – инфракрасный спектр.

Метод ВЛОК впервые был предложен Е.Н. Мешалкиным и В.С. Сергиевским (1981), а в 1989 году был отмечен присуждением Государственной премии СССР «За разработку и внедрение в клиническую практику метода лечения различных форм ИБС гелий-неоновым лазером» группе его разработчиков: Агову Б.С., Бохуа М.Р., Капустиной Г.М. и др.

Показано, что ВЛОК вызывает ответную реакцию организма на трех основных уровнях (Байбеков И.М. и др., 2008; Гейниц А.В. и др., 2008): активация форменных элементов крови (эритроциты, иммунокомпетентные клетки); изменения свойств крови в целом (состав плазмы, реологические свойства и др.); системный отклик на уровне различных органов и тканей.

Это в свою очередь приводит к активации метаболизма клеток и повышению их функциональной активности, стимуляция репаративных процессов, противовоспалительному действию, активизации микроциркуляции крови и повышению уровня трофического обеспечения тканей, обезболиванию, иммуномодулирующему действию, рефлексогенному действию на функциональную активность различных органов и систем. Таким образом, всю совокупность изменений, наблюдаемых при ВЛОК, необходимо рассматривать в значительной степени как системный отклик. Лазерное излучение выступает лишь в качестве внешнего фактора, запускающего механизм через систему неспецифического регулирования и поддержания гомеостаза (Москвин, С.В., 2016).

Классической методикой ВЛОК является облучение красным светом (0,653 мкм) мощностью 1-2 мВт 10-20 минут. Данная методика успешно применяется в терапии различных заболеваний более 20 лет и показала высокую эффективность в лечении артериальной гипертензии (Бурдули Н.М., 2008), различных форм ишемической болезни сердца (Бурдули Н.М., 2009), ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности (Семенова А.М., 2013), псориаза (Шахова А.С. и соавт., 2010), эпилепсии (Евдокимова О.В., 2003) и других заболеваний.

Ультрафиолетовый спектр (365-405 нм) положительно изменяет реологические свойства крови и липидный профиль, показал высокую эффективность в лечении генитального герпеса (Гизингер О.А., 2015), деструктивного панкреатита (Исмаилов Е.Л., 2015) и других заболеваний.

Синий спектр (440-450 нм) начал использоваться недавно с появлением аппаратов, излучающих в данном спектральном диапазоне, однако уже показал высокую эффективность в лечении сахарного диабета (Kazemikhoo N, 2013), острого наружного бактериального отита (Безбрызгов А.В., 2012), гастроэзофагиальной рефлюксной болезни (Бурдули Н.М., 2014).

Зеленый спектр (520-530 нм) часто используется как альтернатива красному. Основной мишенью для зеленого света являются эритроциты, таким образом, значительно улучшается кислородтранспортная функция крови, увеличивается деформируемость эритроцитов, снижается вязкость крови.

Лазеры инфракрасного спектра для процедуры ВЛОК используются редко. Они применяются для местного облучения проекции внутренних органов, так как имеют самую высокую глубину проникновения (до 50мм) и в комбинированных методиках ВЛОК и местного облучения.

Как показано в исследованиях, синий лазерный свет проникает неглубоко, улучшает тканевую трофику, способствует восстановлению структуры тканей. Красный проникает глубже, активизирует тканевую реактивность, ускоряет восстановление функций тканей (Гуревич Г.Л. с соавт., 2003; В.С. Улащика с соавт., 2003). Для повышения эффективности ВЛОК весьма перспективным является комбинирование двух разных длин волн, что усиливает эффект до 45%. При этом комбинирование синего и красного света может ожидатьсся максимальный эффект.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНОАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ШТОНДА М.В.¹, АСТРЕЙКО А.В.^{1,2}, КОТЕЛЬНИКОВА-ДЕЛЬ Ю.В.², НЕВИДОВИЧ Б.Б.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск.

²2-я городская клиническая больница, г. Минск

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одна из нерешённых глобальных проблем современного здравоохранения, а за её хронической формой тянется огромный шлейф последствий из медицинской и социальной составляющих. Не обнадеживающая ежегодная мировая статистика не сводит данную нозологию с лидирующих позиций актуальности научной и практической проблематики. Ещё 100 лет назад на долю болезней системы кровообращения (БСК) приходилось менее 10% смертей в мире. В настоящее время эта часть составляет примерно 30% смертей, при этом в странах с высоким уровнем доходов на долю ССЗ приходится не менее 40% смертей, в странах со средним и низким уровнями доходов - около 28% [Braunwald's heart disease 2010].

«Золотым» стандартом в диагностическом выявлении поражений коронарного русла остаётся рентгеноконтрастная коронаро-ангиография, как метод, дающий возможность получить сведения о “функциональной анатомии” коронарных артерий [Montalescot G.et al.,2013]. Достижения интервенционной кардиологии на конкурентной основе продемонстрировали неоспоримые преимущества чрескожных эндоваскулярных технологий диагностики и лечения [Tarantini G.Razzolini R., Napodano M.,2010].

Однако именно «доинтервенционное» прогнозирование степени поражения коронарных артерий, базирующиеся на клинических данных, лабораторных показателях, выводит клинициста в приоритетный статус в

вопросе определения тактики и стратегии лечения пациента. Современные возможности клинико-лабораторной диагностики всерьёз заявили о своей состоятельности на этапе верификации, а также, детализации атеросклеротического поражения.

На сегодняшний день уже не вызывает сомнений, что атеросклероз представляет собой вялотекущее воспалительное заболевание, со своими периодами обострения и ремиссии. При этом начальный процесс представляет собой усиленную инфильтрацию моноцитов в стенку сосуда и их последующую дифференцировку из макрофагов в пенистые клетки, содержащие липиды. Все эти процессы идут с активным вовлечением определённого спектра цитокинов, определение уровня которых, и явилось бы подтверждением того или иного периода в атерогенезе конкретного пациента. Именно исходя из основ патогенеза атеросклеротического процесса вытекает, что лабораторное определение уровня провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у данной группы пациентов становится соизмеримым по значимости и информативности методом диагностики. А доступность и безопасность данного метода не оставляет сомнений в целесообразности его применения. Мировой опыт на сегодняшний день уже располагает результатами исследований по сопоставлению лабораторных показателей с результатами диагностических методов обследования, включающих в себя обязательное проведение контрольной коронароангиографии. Определение уровня таких провоспалительных цитокинов как: ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-альфа широко вошло в лабораторную практику. Так, на сегодняшний день, проводится определение воспалительного цитокина - Неоптерин (NP), который является новым предиктором стабильного типа атеросклеротической бляшки, и это исследование было сосредоточено на взаимосвязи между Неоптерином и высокочувствительным С-реактивным белком (Hs-CRP) для изучения важной

роли Неоптерина у больных ИБС. Результаты исследования с участием более чем 440 пациентов показали, что уровень NP в сыворотке был значительно выше у пациентов с хронической формой ИБС и положительно коррелировал с её тяжестью. Таким образом, Неоптерин может стать новым показателем для оценки воспалительного ответа и при прогнозировании коронарного атеросклероза.

Исследования с определением уровня эндотелин-1 (ЕТ-1) в плазме крови показали, что эндотелин-1 является независимым маркером риска сердечно - сосудистых катастроф в обозримом будущем у пациентов со стабильной ИБС. Однако не менее очевидным результатом явилось то, что необходимо проведение дополнительных исследований, для выявления корреляционной взаимосвязи эндотелин-1 со степенью поражения коронарных артерий у пациентов с хронической формой ишемической болезни сердца.

Таким образом, на сегодняшний день, интерес мировой науки, сосредоточенный на предельно чёткой и конкретной диагностике с одновременной минимизацией риска, видит большие перспективы в расширении обязательного лабораторно-диагностического спектра обследований пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА NOD2 У H.PILORI- ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЯНОВИЧ О.О.¹, ДОРОШКО М.В.²

¹РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, г. Минск

²МЦ «Нордин», г. Минск

Helicobacter pylori (HP) на сегодняшний день является одной из широко распространенных бактерий на земле. К хеликобактер-ассоциированным болезням относятся хронический гастрит, атрофический гастрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В развитии инфекционного процесса при хеликобактериозе важную роль играет иммунитет, начальным компонентом которого является взаимодействие *H.pylori*, эпителиальных клеток желудка, клеток врожденной и приобретенной иммунной системы [1].

Молекулярные механизмы врожденного иммунитета к бактериальным агентам реализуются посредством экспрессии совокупности паттерн - распознающих рецепторов. Одним из таких рецепторов является гетерогенное семейство эндогенных NOD-подобных рецепторов (NOD — нуклеотидсвязывающий олигомеризирующийся домен). NOD2 сверхэкспрессируется в слизистой оболочке желудка у пациентов, инфицированных *H.pylori*, и участвует в связывании бактериального мурамил-дипептида продукта распада пептидогликана бактериальной стенки [2].

Цель работы – оценить частоту встречаемости полиморфизма гена NOD2 у пациентов с *H.pylori* - ассоциированным гастритом и язвой двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

Было проведено исследование биопсийного материала желудка 185 человек с различными формами хронического гастрита и язвой двенадцатиперстной кишки (ЯДПК), обратившихся в медицинский центр «Нордин» с целью эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта. Все *HP+* пациенты разделены на 3 группы: с поверхностным гастритом (ПГ) – 59 человек, с атрофическим гастритом (АГ) – 39 человек и с язвой двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) – 38 человек. В группу сравнения (*HP-*) вошли 49 человек с поверхностным гастритом.

Выделение ДНК из биопсийного материала желудка проводили с использованием коммерческого набора по инструкции производителя. Для определения полиморфизма в гене NOD2 локус 1007fsinsC применяли аллель-специфическую ПЦР.

Статистическая обработка данных

Данные представлены в виде доли (%) от общего числа. Для сравнения долей применялся анализ таблиц сопряженности (с поправкой Йэйтса). Разница считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Современные исследования показывают, что связывание компонентов клеточной стенки *HP* с рецептором врожденной иммунной системы NOD2 активирует нуклеарный фактор, контролирующей экспрессию генов иммунного ответа, апоптоза и клеточного цикла [3]. Это приводит к развитию хронического воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. Некоторые авторы предполагают, что полиморфизмом генов приводит к изменению способности белков NOD распознавать *HP* и может вызывать значительное снижение иммунного ответа, что способствует хронизации процесса и обострению хеликобактериоза [4].

В проведенном нами исследовании выявлено, что наиболее частым генотипом гена NOD2 локус 1007fsinsC является 3C/3C. Генотип 4C/4C с низкой частотой встречается в группах *HP*-, группе с ПГ и ЯДПК. Отмечено достоверное повышение частоты встречаемости данного генотипа у пациентов с АГ (15,9%) по сравнению с *HP*- группой.

Таблица 1 - Частота встречаемости генотипов гена NOD2 1007fsinsC

Ген, локус	Генотип	<i>HP</i> -, % (n=49)	ПГ, % (n=59)	АГ, % (n=39)	ЯДПК, % (n=38)
NOD2 1007fsinsC	3C/3C	93,9	86,0	86,4	79,4
	3C/4C	4,1	10,5	11,4	17,6
	4C/4C	2,0	3,5	15,9*	2,9

* - достоверно при сравнении с *HP*- группой, $p < 0,05$

Результаты наших исследований указывают на возможную связь полиморфизма гена NOD2 в локусе 1007fsinsC с развитием атрофического гастрита. Для уточнения механизмов влияния генетических вариантов в гене NOD2 на клинический исход хеликобактериоза проводятся дальнейшие исследования.

Список литературы:

1. Lee, S.K. Helicobacter pylori and the innate immune system / S.K. Lee, C. Josenhans // Int. J. Med. Microbiol. – 2005. – Vol.295. – P.325-334.
2. Influence of polymorphisms in the NOD1/CARD4 and NOD2/CARD15 genes on the clinical outcome of Helicobacter pylori infection / P. Rosenstiel [et al.] // Cell. Microbiol. – 2006. - Vol.8. – P. 1188 –1198.
3. Kumar, H. Pathogen recognition by the innate immune system / H. Kumar, T. Kawai, S. Akira // Int. Rev. Immunol. – 2011. - Vol.30. – P.16 –34.
4. Schreiber, S., Rosenstiel, P., Albrecht, M., Hampe, J., and Krawczak, M. (2005) Genetics of Crohn disease, an archetypal inflammatory barrier disease. Nat Rev Genet 6: 376–388.

РАЗДЕЛ 4
«ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»

Минск, 26 сентября 2019 г.

ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

*АЛЕКСЕЙЧИК С.Е.¹, ПОЧТАВЦЕВ А.Ю.¹, ГОНЧАРИК Т.А.¹, САНКОВИЧ Е.В.²,
БОРИСОВА Т.Б.², РУДАЯ Е.Г.², ТИМОФЕЙЧИК Е. С.¹, КОВАЛЕВСКИЙ К.О.¹*

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

²УЗ «10-я городская клиническая больница» Минск, Республика Беларусь

Частота появления первичного спонтанного пневмоторакса (СПТ) на протяжении последних десятилетий составляет 5-10 человек на 100 000 населения, что составляет 2,7-7,0 % среди всех госпитализированных больных с заболеваниями органов грудной клетки. Наиболее часто СПТ диагностируется у пациентов в возрасте от 16 до 40 лет, хотя может встречаться и в первые месяцы жизни, и в глубокой старости. Наибольшая распространенность СПТ среди лиц трудоспособного возраста, преимущественно мужчин, неуклонный рост заболеваемости, а также рецидивирующее течение СПТ, придают этой проблеме медико-социальную значимость.

Цель: Изучить возможность использования гипохолестеринемии как фактора риска спонтанного пневмоторакса.

Материалы и методы: Работа выполнялась на базе торакального и пульмонологического отделения УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска. В исследование включались все пациенты со спонтанным пневмотораксом, находящиеся на лечении с 01.01.2019 и по 01.03.2019, а также пациенты пульмонологического отделения с другой бронхолегочной патологией. Проведено анкетирование, анамнестический, лабораторно-клинический (биохимический и общий анализ крови). Было обследовано 60 человек в возрасте от 16 до 69 лет, процент мужчин в обеих группах составил 86,67%, средний возраст пациентов – 36,9±2,8 лет для пациентов с СПТ и

38,7±2,64 для пациентов пульмонологического отделения с другой бронхолегочной патологией.

Результаты и их обсуждение. Основные заболевания пациентов со спонтанным пневмотораксом: буллезная эмфизема – 60,00%; ХОБЛ - 23,33%; хронический бронхит – 10,00%; бронхоэктатическая болезнь – 10,00%; ятрогения – 6,66%; онкологические заболевания – 3,33%. Анализ изученных показателей представлен в таблице 1:

Показатель	Пациенты со спонтанным пневмотораксом (n=30)	Контрольная группа (n=30)	Достоверность различий
Возраст, лет (M±SE)	36,9±2,8	38,7±2,64	U>0,05
Пол, муж (% [n])	86,67% [26]	86,67% [26]	p>0,05
ИМТ, (M±SE)	21,64±0,57	22,26±0,53	U>0,05
Сопутствующие ССС (% [n])	33,33% [10]	23,33% [7]	p>0,05
Внебольничная пневмония (% [n])	56,67% [17]	66,67% [20]	p>0,05
Эмфизема (% [n])	60,00% [18]	43,33% [13]	p>0,05
ХОБЛ (% [n])	23,33% [7]	13,33% [4]	p>0,05
Хронический бронхит (% [n])	10,00% [3]	6,67% [2]	p>0,05
Бронхоэктатическая болезнь (% [n])	10,00% [3]	6,67% [2]	p>0,05
Пониженный уровень холестерина (% [n])	30,00% [9]	13,33% [4]	p<0,05

Выводы:

1) Как следует из приведенных данных, для пациентов со спонтанным пневмотораксом характерна гипохолестеринемия, которая отмечается в 30,0%. Риск развития СПТ при гипохолестеринемии с доверительной вероятностью 95% в $2,79 \pm 0,67$ раз больше.

2) Среди пациентов со спонтанным пневмотораксом преобладают мужчины – 86,66% (в 6,5 раз больше, чем пациентов женского пола) с астеническим телосложением.

МИКСОМЫ СЕРДЦА: ВОПРОСЫ ПАТОМОРФОЛОГИИ

АНИСКЕВИЧ О.Р., ЛИПЧИК В.И., ЯКУШЕВА У.Г., ЮДИНА О.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

Введение. Первые описания опухолей сердца были сделаны при вскрытиях еще в 16 веке. Первые успешные операции по удалению миксом сердца (МС) проведены в 1953 г. (Bahnon, Newman), 1954 г. (Crafoord) в 1959 г. (Кау с сотр.). В СССР миксому правого предсердия впервые успешно удалил в 1962 г. академик С.А. Колесников [10,11,17,23].

Около 80-90% всех первичных новообразований сердца представлены доброкачественными формами, среди них от 60 до 80% составляют миксомы [2,3,6,9,11,22]. Хотя МС является наиболее частой среди опухолей сердца, до настоящего времени она изучена слабо. Среди публикаций преобладают клинические исследования МС, тогда как число оригинальных работ по патоморфологии этой опухоли крайне мало. Вместе с тем, решение многих вопросов, касающихся миксом, все еще остается на уровне гипотез.

Эпидемиологические данные. МС – это доброкачественная опухоль, состоящая из звездчатых, овоидных и пышных веретеновидных клеток, располагающихся в сосудистом миксоидном матриксе [6]. Частота МС – до 0,001‰ в год. На долю женщин приходится 60-70% случаев. В более чем 90% случаев это изолированные формы с преобладающей локализацией в левом предсердии (ЛП) (70-90%), реже – в правом предсердии (ПП) (7,5-20%), единичные – в желудочках [2,5,6,15,19]. Около 60% МС ЛП, и около 20% МС ПП располагаются в области овальной ямки [7,18]. Возраст пациентов с изолированными (чаще всего спорадическими) МС варьирует от пренатального до 97 лет, средний – 54 года [6]. МС в составе наследственного комплекса Carney составляют около 5% от всех случаев. Им более свойственна

атипичная (вне ЛП / ПП), множественная локализация, развитие в более молодом возрасте, без преобладания одного из полов [2,5,6,15,19].

По нашим данным, в УЗ «ГКПБ» за 2010-2018 г. из кардиохирургических стационаров г. Минска (для взрослого населения) было доставлено 88 МС, полученных при операциях. Случаев, впервые выявленных МС на вскрытии, не было. Возраст пациентов варьировал от 24 до 82 лет, в среднем – 54,1 года. Соотношение женского пола к мужскому составило 3:1. 79,5% МС локализовалось в левом, 9,1% – в правом предсердии [12].

Морфологическая характеристика. МС представлены солидными гладкими (65%) или ворсинчатыми (35%) формами [2,11]. Консистенция узла от плотной до желеобразной. Часто имеется подвижная ножка [9,13,16,19,22]. Характерны вторичные изменения: некрозы, кровоизлияния с гемосидерозом, тельца Гамна-Ганди (отложения солей железа и кальция по ходу эластических волокон в более старых геморрагиях), встречаются кальцификация и оссификация [3,5,6,10,20,21].

Клеточная популяция МС состоит из овальных, округлых, звездчатых, полигональных миксомных клеток (МК) со светлой цитоплазмой. Матрикс представлен богатым мукополисахаридами аморфным оксифильным веществом, с варибельным составом протеогликанов, коллагеном и эластином [3,5,6,10,14,18,19,20]. Характерны просветления перицеллюлярного матрикса в виде ячеек [10,19]. Описаны различия в строении сосудов МС в зависимости от калибра и их локализации в опухоли. Из МК формируются синцитии, ветвящиеся ростковые капилляры, превращающиеся в перфузируемые структуры, заполненные кровью [10,19]. В теле опухоли сосуды более крупные, синусоидные, с наличием по периферии т.н. «сосудообразующих колец» (“vasoformative rings”) из МК. В основании – крупные сосуды непостоянного диаметра, с толстой дефектной

мышечной оболочкой, причем их количество и калибр обнаруживают зависимость от морфологического типа миксомы (гладкая или ворсинчатая) [3,6,7,8,12,19].

Иммуногистохимическая характеристика. Важным критерием, отличающим МС от миксомоподобных образований (миксосаркома, миксоидная ангиосаркома, ослизненный организованный тромб), является экспрессия МК кальренина [1,4,5]. По результатам ряда ИГХ-исследований нами показано, что, наряду с кальренином, МК экспрессируют GLUT-1, однако во всех случаях негативны к мезотелину. Большинство авторов отмечают экспрессию МК VEGF, фактора VIII и CD31 и CD34 [13,18,24]. Особый интерес, по нашему мнению, представляет экспрессия в МС мышечных маркеров. По нашим данным, среди морфологически идентичных МК, одиночных или входящих в состав различных структур, обнаруживаются клетки и с резко-позитивной, и с негативной реакцией на α SMA и MA [8,12]. Отметим, что экспрессия различных маркеров МК изменяется по мере включения их в те или иные структуры (*Таблица 1*). Это позволяет считать популяцию МК иммунофенотипически гетерогенной и предполагать наличие у них способности к дифференцировке, по ходу чего изменяется ИГХ-профиль клеток.

Таблица 1 – сопоставление ИГХ-реакции клеток миксомы и их локализации в опухоли

маркер	одиночные клетки	клетки в синцитиальных и капиллярных структурах	сосуд с сосудообразующим кольцом		
			внешний слой кольца	внутренний слой кольца	эндотелий
Calret	не все	не все	все	нет	нет
Glut-1	все	все	все	нет	нет
α SMA, MA	не все	не все	нет	все	нет

маркер	одиночные клетки	клетки в синцитиальных и капиллярных структурах	сосуд с сосудообразующим кольцом		
			внешний слой кольца	внутренний слой кольца	эндотелий
CD31, CD34, VEGF	все	все	все	все	все

Обозначения:

«все» – все клетки опухоли позитивны к данному маркеру;

«не все» – есть и позитивные, и негативные к этому маркеру клетки, расположенные мозаично;

«нет» – нет позитивно реагирующих клеток на данный маркер.

Литература:

1. Acebo E., Val-Bernal J.F., Gomez-Roman J.J. Thrombomodulin, calretinin and c-kit (CD117) expression in cardiac myxoma. *Histol Histopathol.* 2001;16:1031–1036
2. Basso C. et al. (eds.), *Cardiac Tumor Pathology. Current Clinical Pathology.* Springer Science+Business Media New York 2013:197, 139 illus., 105 illus. in color., Hardcover.
3. Dylan V. Miller. *Cardiac Tumors. Surgical Pathology.* 2012;5:453–483
4. Luigi M. Terracciano, MD, Paulette Mhawech, MD, et al. Calretinin as a Marker for Cardiac Myxoma Diagnostic and Histogenetic Considerations. *Am J Clin Pathol.* 2000;114:754–759
5. Maleszewski, J.J., Bois, M.C., Bois, J.P., et al. Neoplasia and the Heart. *Journal of the American College of Cardiology.* 2018;72(2):202–227.
6. William D. Travis, Elisabeth Brambilla, Allen P. Burke et al. (Eds.): *WHO classification of tumours of Lung, Pleura, Thymus and Heart (4th edition).* IARC: Lyon, 2015
7. Абдуева Ф.М., Гарбар М.О., Усань Н.Ю., и др. Миксома сердца: обзор литературы и клинические случаи. *Український кардіологічний журнал.* 2013;1:116–123
8. Анискевич О.Р., Юдина О.А. α SMA-позитивные клетки в миксомах сердца. Сборник материалов науч.-практ. конф., посв. 90-летию со дня рождения проф. П.И. Лобко – Минск: БГМУ, 2019 [в печати]
9. Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Коасари А.К., Фатулаев З.Ф. Миксома сердца – вершина айсберга или скрытые угрозы? *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.* 2013;14(2):59–62.
10. Голосовская М.А. Миксома сердца. *Архив патологии.* 1981;12:29–35.
11. Захарьян Е.А. Миксомы сердца: история изучения, современные методы диагностики и лечения. *Крымский терапевтический журнал.* 2012;2:27–33
12. Липчик В.И., Якушева У.Г. Миксомы сердца в материале УЗ «ГКПБ» г. Минска. Особенности экспрессии α SMA в миксомах. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2019: сб. тезисов докладов LXXIII междунар. науч.-практ.*

- конф. студентов и молодых ученых. В авторской ред. / под ред. А.В. Сикорского, В.Я. Хрыщановича – Минск: БГМУ, 2019 – 1793 с., С. 1094
13. Луговский М.К. Миксомы сердца: результаты хирургического лечения и клинкоморфологическая характеристика. Диссертация канд. мед. наук. Москва, 2017. – 148 с.
 14. Медведева А.С. Особенности микроскопического строения миксом сердца в операционном материале РНПЦ «Кардиология». Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. IV Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых. – Гомель, 2012;4(3):55–56
 15. Мирончик Е.В., Пырочкин В.М. Опухоли сердца. Журнал ГрГМУ 2017;1:87–93
 16. Мирончик Е.В., Пырочкин В.М., Раков А.В., и др. Случай бессимптомного течения миксомы сердца у пациентки с артериальной гипертензией. Журнал ГрГМУ 2017;1:100–102
 17. Приходько В.П., Нуждин М.Д. Первичные опухоли сердца: история развития, современные принципы и методы хирургического лечения. Патология кровообращения и кардиохирургия 2011;4:65–70
 18. Рогов К.А., Кактурский Л.В., Михайлова Л.П. К вопросу о гистогенезе миксомы сердца. Архив патологии. 2018;3:3–10.
 19. Руденко Е.В., Захарова В.П. Морфология и гистогенез миксом сердца. Онкология. 2001;(3)1:19–22
 20. Скамров А.В., Феоктистова Е.С., Хаспеков Г.Л., и др. Мутации в гене регуляторной субъединицы 1-а цикло-АМФ-зависимой протеинкиназы А (PRKAR1A) у двух больных с миксомным синдромом (комплексом Carney). 2003;7:77–82
 21. Соколов В.Д., Бекузаров С.С., Хоржевский В.А. и др. Узлы Гамна-Ганди при портальной гипертензии (наблюдение из практики) – электронный ресурс <http://ihc.usoz.ru/publ/1-1-0-55> доступ по состоянию на 09.05.2019 г.
 22. Трисветова Е.Л., Гусева М.И., Каминский К.М., Шкретнева Э.И.. Миксома сердца – трудные случаи диагностики. Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. 2018;2(2):413–417.
 23. Ушаков А.В., Захарьян Е.А., Ризк Г.Э. Миксомы сердца: современный взгляд на проблему. Український кардіологічний журнал 2013;2:124–131
 24. Хаспеков Г.Л., Шереметьева Г.Ф., Скамров А.В. Фосфолипаза А2 группы ПА как ранее неизвестный иммуногистохимический маркер миксомы сердца Архив патологии. 2008;2:31–36.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., КОРОВИНА А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей представляет довольно серьезную проблему современной медицины. Частота тромбоза глубоких вен в общей популяции ежегодно составляет порядка 1–1,5 случая на 1000 взрослого населения с частотой тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) до 60 случаев на 100 000 населения. В пожилом и старческом возрасте частота ТГВ увеличивается до 200 случаев на 1000 населения в год. Легочную эмболию регистрируют ежегодно с частотой 35–40 на 100 000 человек. Более 25% случаев ТГВ и ТЭЛА происходит непосредственно при различных оперативных вмешательствах.

ТГВ является одной из главных причин послеоперационной летальности (5% после общехирургических и 24% — после ортопедических вмешательств). В настоящее время наблюдается неуклонный рост частоты встречаемости данной патологии и её осложнений, что является причиной инвалидизации как среди пациентов пожилого возраста, так и среди пациентов трудоспособного возраста.

Цель работы: Изучить причины возникновения тромбоза глубоких вен нижних конечностей у пациентов, получавших лечение в хирургическом отделении №2 УЗ «5 ГКБ» г. Минска.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 42 стационарных карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 УЗ «5 ГКБ» г. Минска в период с декабря 2016

года по декабрь 2018 года с диагнозом «Флеботромбоз вен нижних конечностей».

Возраст пациентов колебался от 27 до 88 лет. В 79,3% это были лица пожилого и старческого возраста. Мужчин было 27 (64,2%), женщин 15 (35,8%). У 29 (69%) пациентов флеботромбоз нижних конечностей развился повторно, а у 13 пациентов (31%) впервые.

Все пациенты были госпитализированы с характерными клиническими признаками флеботромбоза, а именно: болезненность конечности при пальпации, отек, цианоз кожи нижних конечностей, заметно увеличивающийся в вертикальном положении пациента и после ходьбы, сеть расширенных подкожных вен на голени, повышение температуры кожи пораженной конечности по сравнению со здоровой конечностью, покраснение, ощущение тяжести, распирания и жара в пораженной конечности.

Результаты и обсуждение. В стационаре диагноз у всех пациентов был верифицирован выполнением УЗИ вен нижних конечностей, при котором помимо факта самого флеботромбоза была уточнена локализация тромба: берцово-подколенно-бедренного сегментов выявлен у 28 пациентов (67%), вены голени – 4 (9.5%), бедренно-подвздошный сегмент – 6 (14%), берцово-подколенный сегмент – 4 (9,5%).

Было выяснено, что тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивался на фоне следующих сопутствующих патологий: гепатит С был у 4 пациентов (10%), сахарный диабет II типа у 6 пациентов (14%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы – 8 пациента (19%), злокачественные новообразования у 10 пациентов (24%) и 18 (43%) пациентов с артериальной гипертензией.

Однако наиболее частой среди всех встречающихся сопутствующих патологий была ишемическая болезнь сердца, а именно: кардиосклероз, атеросклероз аорты и магистральных сосудов у 36 пациентов (85%).

ТГВНК развился повторно у 70% наших пациентов, что свидетельствует о недостаточности эффективности проведенного лечения ранее и не наступившей полной реканализация тромба.

Результаты и их обсуждение. В ходе лечения все пациенты получали препараты комбинированного действия. Наиболее распространенными препаратами были выбраны антикоагулянты прямого действия (низкомолекулярный нефракционированный гепарин – фраксин, фраксипарин) с последующим переходом на антикоагулянты непрямого действия (варфарин). Однако следует отметить, что коррекция дозы и прием данных препаратов строго зависят от показателей гемостазиограммы, прежде всего международного нормализованного отношения (МНО), которое должно находиться в пределах от 2 до 3. Поэтому лишь 1/3 всех пациентов принимали антикоагулянтную терапию постоянно. Остальная же часть пациентов по определенным причинам, таким как работа, занятость, ограничение подвижности, нежелание сдавать анализ крови через определенный промежуток времени, не получали антикоагулянтную терапию постоянно. В настоящее время существуют препараты (Ксарелто(Ривароксабан)), которые не зависят от МНО и обладают меньшими побочными эффектами, однако они имеют свой недостаток, связанный с высокой стоимостью и невозможностью быть доступным для всех слоев населения. Важной составляющей лечения тромбоза глубоких вен нижних конечностей помимо медикаментозного лечения является и медицинский эластические трикотаж (чулки, колготки). Все пациенты с ТГВ должны носить эластические компрессионные чулки для снижения риска развития посттромбофлебитической болезни. Компрессионный трикотаж

необходимо подбирать строго по размеру. Следует напоминать пациентам, что даже качественный трикотаж теряет эластичность после 6 мес. регулярного использования. Компрессия необходима в течение первых 2–3 недель после развития ТГВ (желательно дальнейшее постоянное использование в течение 2 лет и дольше).

Однако качественный компрессионный трикотаж довольно дорогостоящий и не каждый пациент может себе это позволить.

Выводы: Тромбоз глубоких вен нижних конечностей в большинстве случаев развивается на фоне патологии сердечно-сосудистой системы. Наиболее частой локализацией ТГВ нижних конечностей является берцово-подколенно-бедренный сегмент. Консервативная медикаментозная терапия достаточно эффективна в лечении данного заболевания, однако профилактика должна сводиться к более тщательному подбору и приему антикоагулянтов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., БУШЛЯКОВА Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Кишечная непроходимость опухолевого генеза – синдром, который характеризуется нарушением пассажа содержимого кишечника по пищеварительному тракту и обусловлен механическим препятствием, представляющим собой злокачественное или доброкачественное новообразование кишечника. Основной причиной развития кишечной непроходимости опухолевого генеза является рак толстой кишки.

По данным разных исследователей до 60% пациентов с опухолями тонкой и толстой кишки госпитализируются в общехирургические стационары по экстренным показаниям. Наиболее частой причиной госпитализации является клиника кишечной непроходимости. Острая кишечная непроходимость (ОКН), являющаяся осложнением колоректального рака, может наблюдаться во всех возрастных группах, но чаще – у пациентов, старше 50 лет. До 85% пациентов с колоректальным раком в результате длительного бессимптомного течения заболевания и недостаточной онкологической настороженности госпитализируются с осложненными формами заболевания. Оперативное лечение острой кишечной непроходимости сопряжено с высоким уровнем летальности, достигающим 25%, а также частым развитием послеоперационных осложнений.

Цель. Определить тактику оперативного лечения при ОКН опухолевого генеза.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ 126 медицинских карт пациентов, которые поступили в 1-ое хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница №5» г. Минска за период с 2014 по 2018 год с предварительным диагнозом ОКН. 37 (24,6%) пациентов госпитализированы по направлению поликлиники, 18 (14,3%) обратились самостоятельно. 71 (61,1%) пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

Возраст пациентов колебался от 42 до 89 лет. В 79,3% это были лица пожилого и старческого возраста. Мужчин было 49 (38,9%), женщин 77 (61,1%).

В течение первых суток в стационар поступило 27 пациентов (21,4%), на вторые сутки – 62 (49,2%), на третьи и позднее – 37 (29,4%) пациентов

Пожилой возраст и поздняя госпитализация обусловили наличие у пациентов большого количества сопутствующей патологии и общее тяжелое состояние.

Из 126 пациентов, поступивших с предварительным диагнозом ОКН, диагноз не был подтвержден у 48 (38,1%). В результате обследования у них были выявлены другие острые заболевания органов брюшной полости (острый холецистит, острый панкреатит, синдром абдоминальной ишемии, ХПН), которые сопровождались клиникой динамической кишечной непроходимости. В результате проведенного комплексного консервативного лечения выявленной патологии, явления пареза кишечника разрешились.

Диагноз механической кишечной непроходимости верифицирован у 79 пациентов, что составило 62,7% от общего числа поступивших в хирургический стационар с направительным диагнозом кишечная непроходимость. Из них у 38 (48,1%) пациентов механическая кишечная непроходимость была обусловлена раковым процессом, который локализовался в толстой кишке, преимущественно в сигмовидной.

Результаты и обсуждение. Всех пациентов с явлениями кишечной непроходимости опухолевого генеза мы разделили на 4 группы:

I группа – 7 (18,4%) пациентов, которые поступили в хирургическое отделение в течение первых суток от начала кишечной непроходимости. Их состояние было удовлетворительным. В клинической картине преобладали признаки нарушения пассажа содержимого по кишечнику с умеренно выраженным болевым синдромом. После дополнительного обследования и предоперационной подготовки все пациенты оперированы в течение ближайших 10-12 часов от момента поступления. Учитывая отсутствие признаков перитонита и видимых метастазов, оперативное пособие заключалось в резекции в пределах здоровых тканей опухоли с формированием межкишечного анастомоза.

II группа – 15 (39,5%) пациентов, которые поступили на вторые сутки от начала заболевания. Клиническая картина кишечной непроходимости у них соответствовала стадия субкомпенсации. Состояние пациентов было удовлетворительным или средней степени тяжести. Всем им была проведена предоперационная подготовка, включающая спазмолитическую, инфузионную и антибактериальную терапии с введением антикоагулянтов, дезагрегантов и симптоматических препаратов. Выполнены также опорожнение желудка, мочевого пузыря и по мере возможности терминального толстой кишки. Последующее оперативное пособие заключалось в резекции опухоли с формированием концевой колостомы.

III группа – 9 (23,7%) пациентов, которые поступили на третьи сутки от начала кишечной непроходимости. У них не были выражены клинические признаки кишечной непроходимости. В основном их беспокоил диспептический синдром и нарушение пассажа содержимого по кишечнику. Боли же были неинтенсивные или отсутствовали вообще. В результате проведенной консервативной терапии выделительная функция кишечника

была полностью восстановлена, однако, по данным инструментальных исследований (ректосигмоскопия, колоноскопия) была выявлена опухоль, которая еще не полностью обтурировала просвет кишки. При УЗИ-исследовании органов брюшной полости вторичных поражений других органов не выявлено. Из новообразования была взята биопсия, пациенты выписаны и направлены на дальнейшее лечение в онкологический диспансер.

IV группа – 7 (18,4%) пациентов, которые поступили в стационар на третьи сутки и позднее от начала заболевания. Все они находились в тяжелом состоянии, которое было обусловлено клиникой разлитого перитонита и полиорганной недостаточностью на фоне абдоминального сепсиса. После проведения краткосрочной предоперационной подготовки в первые 6 часов от поступления было произведено оперативное пособие, заключавшееся в формировании разгрузочной колостомы без удаления опухоли независимо от наличия метастазов.

В послеоперационном периоде все пациенты находились в отделении реанимации. В последующем лечение продолжено в хирургических отделениях клиники.

У части пациентов в послеоперационном периоде наблюдались осложнения, такие как ранняя спаечная непроходимость, абсцессы малого таза, несостоятельность межкишечного анастомоза, эвентрация органов брюшной полости, нагноение послеоперационной раны. В результате прогрессирования этих осложнений 3 пациента умерло в послеоперационном периоде. Таким образом, летальность при острой кишечной непроходимости опухолевого генеза составила 7,9%.

Выводы:

1. Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза является абсолютным показанием к оперативному лечению. Результат его

зависит от характера сопутствующей патологии, времени поступления и сроков выполнения операции.

2. Объем операции при ОКН опухолевого генеза зависит от наличия метастазирования, распространенности перитонита, состояния кишечной стенки и общего состояния пациента.

3. У тяжелых пациентов при ОКН опухолевого генеза объем оперативного вмешательства должен быть минимальным.

4. Высокая послеоперационная летальность обусловлена наличием метастазов в брюшной полости и поздней госпитализацией от начала заболевания.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ СПОНДИЛОДИСЦИТА

БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., ПОЛЮШКИНА А.А., КУХТИК А.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность: В настоящее время заболевание неспецифическим спондилодисцитом достигает 8% среди всех наблюдений воспаления опорно-двигательной системы. Актуальность проблемы спондилодисцита определяется нарушением основных функций позвоночника: обеспечения стабильного вертикального положения туловища и защиты спинальных невральных структур. Чаще всего причинами спондилодисцита являются различные инфекционные агенты, проникающие в центр межпозвоночного диска при разнообразных травмах, нарушающих его целостность. Также возникновению данного заболевания могут способствовать не только бактерии, но и избыточное давление на межпозвоночный диск, при котором происходит нарушение питания хряща, возникающее при этом воспаление, называется асептическим спондилодисцитом.

Позвоночный столб имеет сложное строение, которое включает в себя обилие связок и межпозвоночных дисков. Межпозвоночный диск входит в единую функционально-анатомическую систему с телами прилежащих позвонков, дугоотростчатых суставами данного уровня, их связочным и капсульным аппаратом. Стоит уточнить, что функциональным центром межпозвоночного диска, где и происходит проникновение инфекционного агента, является гелеобразное пульпозное ядро.

Неспецифичность клинической картины, редкая встречаемость и, в связи с этим, недостаточная информированность врачей по вопросам инфекционных заболеваний позвоночника, а также отсутствие единого клинического руководства и протоколов лечения спондилодисцита

обуславливают частые ошибки в диагностике данной патологии. Вследствие этого задержка в постановке диагноза достигает иногда 12 месяцев, в среднем составляет 3-4 месяца.

Цель: изучение локализации патологического процесса при синдроме спондилодисцита, определение лечебной тактики.

Материалы и методы. Ретроспективно было изучено 33 медицинских карт стационарных пациентов, страдающих различными проявлениями спондилодисцита, находившихся на стационарном лечении в УЗ «5 ГКБ г.Минска» с января 2016 года по декабрь 2017 года. Возрастной диапазон пациентов составил 29 – 86 лет, при этом средний возраст составил 61 год. Из них- 15 женщин и 18 мужчин. 27 пациентов лечились консервативно, а остальные 6 - подверглись хирургическому лечению.

Результаты и их обсуждение. Были выделены следующие возрастные группы: пациенты молодого возраста до 40 лет, что составило небольшую долю, всего 6%. Пациенты среднего возраста, от 41 до 55, составили 30%, и основную часть составила третья группа, пациенты пожилого и старческого возраста от 56 лет и старше-64%.

Почти все пациенты, а это 80%, страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а половина - страдала ожирением и сахарным диабетом, что ограничивало их движения, способствовало развитию гнойно-воспалительных процессов мягких тканей.

У исследуемых пациентов были морфологические поражения различных структур позвоночного столба, которые объединяло общее название спондилодисцит. Все изменения произошли на фоне распространенного деформирующего остеохондроза различных отделов позвоночника, которым исследуемые пациенты страдали длительное время. (Табл.1).

Табл. 1. Изменения в позвоночном столбе на фоне распространенного деформирующего остеохондроза различных отделов позвоночника

<i>№</i>	<i>Локализация поражения</i>	<i>Количество пациентов</i>
1	Изолированные грыжи Шморля, протрузии диска, кисты Тарлова	58% (19 пациентов)
2	Паравертебральные натёчники, паравертебральные абсцессы	36% (12 пациентов)
3	Спондилоартрит, спондилоартроз	33% (11 пациентов)
4	Эпидурит	24% (8 пациентов)
5	Протрузия дисков со стенозом спинного мозга	21% (7 пациента)
6	Спондилолистез позвонков различной локализации	12% (4 пациента)
7	Гемангиомы тел позвонков различной локализации	9% (3 пациента)

Из данных таблицы можно сделать заключение, что основную группу 58% составляют изолированные грыжи Шморля, протрузии диска и кисты Тарлова. У 1/3 пациентов были паравертебральные натечники и паравертебральные абсцессы различной локализации и размера, преимущественно небольших размеров.

Как правило, клинически спондилодисцит проявляется ограничением движений и стойким болевым синдромом. Однако, точная топическая

диагностика возможна только при использовании современных методов лучевой диагностики (МРТ, КТ) в динамике.

На современном этапе спондилодисцит подлежит консервативному лечению, которое включает длительную антибиотикотерапию, применение НПВС и анальгетиков, соблюдение постельного режима и иммобилизацию пораженного отдела. При вертикализации пациента – длительное ношение корсета. При возникновении абсцессов мягкой тканей, деструкций костных образований и клиники сдавления спинного мозга - пациенты подвергаются оперативному лечению.

Из исследуемых пациентов 18%, а это 6 человек, были прооперированы, операции сводились к декомпрессии спинного мозга, вскрытию и дренированию гнойных абсцессов.

Лечение оперированных и неоперированных больных сводилось к длительному введению антибактериальных препаратов в условиях стационара, разгрузке позвоночного столба. В результате проведенного консервативного лечения явления воспаления уменьшились, и эти пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Но даже после проведенного лечения они нуждаются в наблюдении у невролога поликлиники.

Выводы.

1. У половины пациентов (58%), страдающих синдромом спондилодисцита, структурные поражения позвоночного столба представлены в виде изолированных грыж Шморля, протрузии диска, кист Тарлова.

2. Основными причинами развития спондилодисцита является длительно существующий остеохондроз позвоночника, особенно на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета.

3. В основе лечения синдрома спондилодисцита – консервативная терапия, которая заключается в массивной противовоспалительной терапии, включая антибиотики и соблюдении постельного режима (разгрузки позвоночника). При развитии гнойных осложнений и клиники сдавления спинного мозга показано оперативное лечение.

ПАТОЛОГИЯ ЖИРОВЫХ ПРИВЕСКОВ

БЛАХОВ Н.Ю., ЛИВАЙ К.В.

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра военно-полевой хирургии

Актуальность. Перекрут и некроз жировых подвесков толстой кишки является редко встречающейся (0,1–0,3%) патологией у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Среди причин развития заболевания отмечают нарушение обмена жиров, пожилой возраст, наличие бурной перистальтики кишечника, долихосигму, аномалии развития ободочной кишки, резкое повышение внутрибрюшного давления, эндокринные нарушения, спаечный процесс в брюшной полости и, как следствие, нарушение пассажа по кишечнику. Как правило, патология жировых привесков встречается преимущественно в левой половине ободочной кишки и, прежде всего, в сигмовидной кишке. Зачастую пациентов госпитализируют и оперируют с такими диагнозами, как острый аппендицит, кишечная непроходимость, перитонит и др. Исходя из вышесказанного, возникает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики данной патологии, которая не всегда оказывается успешной даже при применении всего имеющего арсенала диагностических методов. Редкость заболевания и трудности диагностики, отсутствие патогномичных симптомов определяют актуальность темы.

Цель. Обосновать критерии клинической диагностики некроза жировых подвесков и определить наиболее подходящую тактику лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с патологией жирового подвеска в 432 Главном военном клиническом медицинском центре Вооруженных Сил Республики Беларусь за период с 2012 по 2018 гг.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента (мужчины 91.2% (31), женщины 8.8% (3)) с острым заболеванием жирового подвеса толстой кишки в возрасте от 19 до 78 лет ($42.4 \pm 5,4$ года). 82.4% (28) имели избыточную массу тела, индекс массы тела $29 \pm 2,8$. Первично по этой патологии были госпитализированы 91.2% (31) пациентов, повторно 8.82% (3). В первые сутки от начала заболевания поступили в стационар 50% (17) пациентов, максимальный срок от начала заболевания составил 11 суток. Общую слабость и недомогание отмечали 26.4% (9) пациентов, снижение аппетита – 5.9% (2). При пальпации 85.2% (29) пациентов предъявляли жалобы на боль в левой подвздошной области, на боль в правой подвздошной области – 14.7% (5). Вздутие живота выявлено у 5.9% (5) пациентов. У всех пациентов отмечалась нормальная перистальтика. У 76.4% (26) пациентов отмечались перитониальные симптомы. Абсолютно все пациенты имели нормального цвета стул, без патологических примесей с частотой 1-2 раза в день. Так же все отмечали свободное, безболезненное, без патологических примесей мочеиспускание с частотой 4-7 раз в дневное время и 0-2 раза в ночное. Температура тела при поступлении у 58.8% (20) пациентов находилась в пределах нормы, 41.2% (14) имели субфебрильные цифры. У 35.2% (12) пациентов отмечался незначительный лейкоцитоз в общем анализе крови (до 13.2×10^9). Рентгенологическое и ультразвуковое исследование пациентов данных за патологию жировых подвесков не выявили. Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия. Перед оперативным вмешательством 14.7% (5) пациентов проводилась антибиотикопрофилактика. Операция по времени в среднем заняла $35 \pm 4,5$ минут. Выпот определялся у 14.7% (5) в объеме до 50 мл. Привесок находился на сигмовидной кишке в 58.8% (20) случаев, на нисходящем отделе ободочной кишки – в 29.4% (10), в восходящем отделе ободочной кишки – в 5.8% (2), на брыжейке червеобразного отростка – 2.9% (1), на

слепой кишке – 2.9% (1). Средние размеры привеска в продольно-поперечном направлении составили 2.7 на 1.9 см соответственно. Привесок удалялся при помощи аппаратов LigaSure или UltraSigion. Всем пациентам был поставлен дренаж в малый таз. У 76.4% (26) пациентов срок стояния дренажа составил 1 сутки, у 29.2% (7) – 2 суток и 2.9% (1) – 3 суток. У 64.7% (22) пациентов проводили антибактериальную терапию в послеоперационном периоде.

Выводы.

1. Основную массу пациентов с патологией жировых подвесок составляют мужчины (91.2%).

2. Клиническая картина, данные лабораторных, неинвазивных и инвазивных лучевых и эндоскопических методов исследования при патологии жирового подвеска ободочной кишки чаще неспецифичны и маловыразительны

3. Основным методом диагностики является диагностическая лапароскопия.

Литература:

1. Абдулжавадов, И.М. Лапароскопическая диагностика заворота сальниковых отростков толстой кишки у женщин / И.М. Абдулжавадов // Эндоскопическая хирургия, 2005. №5 С. 33—35.
2. Абдулжавадов, И.М. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний сальниковых отростков толстой кишки И.М. Абдулжавадов // Эндоскопическая хирургия, 2005. №5 С. 50—53.
3. Алимбаев, Е.С. Случай из клинической практики: удаление жирового подвеска в грыже спигелиевой линии / Е.С. Алимбаев // Вестник АГИУВ, 2010. №3. С. 68–72.
4. Кочуков, В. П. Некроз сальникового отростка восходящей кишки, симулирующий острый аппендицит / В.П. Кочуков [и др.] // Хирургическая практика 2011. №4. С. 32–35.
5. Муканов, С.М. Эффективность лапароскопии при диагностике и лечении перекута сальниковых подвесок толстой кишки / С.М. Муканов // Медицинский журнал Западного Казахстана 2011. С. 108—109.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

БОБР Т.В.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии
человека» г.Гомель, Беларусь*

Тромбоз центральной вены сетчатки является одной из ведущих причин слепоты и слабовидения, составляя до 60-70% всей сосудистой патологии глаза. Преимущественно, в 82,4% случаев, поражается верхневисочная ветвь ЦВС, играющая особо важную роль в кровоснабжении макулярной области [1-4]. В зонах ретинальной окклюзии и ишемии происходит неоваскуляризация сетчатки, с формированием глиоза, рецидивирующего гемофтальма, тракционной отслойки сетчатки. Подобные состояния могут наблюдаться в сроки от 6 месяцев до 6 лет после дебюта венозной окклюзии. Поэтому исходом более половины случаев тромбоза ветвей ЦВС является необратимое и выраженное снижение центрального зрения [2,4,5].

Цель исследования: проанализировать отдаленные результаты различных видов лечения посттромботической ретинопатии с поражением макулярной зоны.

Материалы и методы

В исследование включено 120 глаз с посттромботической ретинопатией (как последствие тромбоза ветвей центральной вены сетчатки (ЦВС) с захватом макулярной зоны). Срок заболевания от 3 недель до 1,5 месяца. В зависимости от степени поражения макулярной зоны острота зрения варьировала от 0,02 до 0,4. Деление на группы было следующим: 1-я группа – 61 глаз, на которых проводилась паравазальная лазеркоагуляция сетчатки (ПЛК) вокруг зоны неперфузии и лазеркоагуляция макулярной зоны сетчатки

(модифицированная «решетка»); 2-я группа – 9 глаз, на которых проводилось интравитреальное введение ингибиторов сосудистого эндотелиального фактора роста (анти VEGF-терапия). Интравитреальные инъекции проводились трижды с интервалом 1 месяц. 3-я группа – 31 глаз, комбинированное лечение: анти VEGF-терапия плюс лазерное лечение, аналогичное 1-ой группе; 4-я группа – 19 глаз, отказавшаяся от хирургических методов лечения и получавшая консервативную терапию (препараты, улучшающие реологию крови, рассасывание геморрагий, коррекцию артериального давления, способствующие реканализации тромбированной вены). Средний возраст составил: 1-я группа – $65,5 \pm 1,3$; 2-я – $57,0 \pm 3,0$; 3-я – $59,6 \pm 1,9$; 4-я – $69,5 \pm 2,4$ лет. Пациенты проходили полное офтальмологическое обследование до лечения, после лечения и через 6 месяцев после окончания лечения.

Результаты и обсуждение

Сразу после лечения динамика увеличения остроты зрения составила от 0,05 до 0,2. В первых трех группах отмечалась редукция макулярного отека.

Во всех группах, за исключением 4-ой, получена статистически значимая разница между исходным состоянием сетчатки и через 6 месяцев после лечения – в указанных группах получен положительный результат лечения.

При применении ИВВ ингибиторов ангиогенеза через 6 месяцев статистически значимого повышения остроты зрения у пациентов зарегистрировано не было, но статистически значимо снизилась толщина фовеа (по данным ОКТ: до лечения $420,2 \pm 55,0$; после – $231,0 \pm 31,3$ мкм). Применение только консервативной терапии не позволяет существенно улучшить состояние сетчатки и повысить остроту зрения.

Применение комбинированного лечения позволило получить статистически значимое повышение остроты зрения (до лечения $0,21 \pm 0,03$; после – $0,35 \pm 0,11$) и снижение толщины фовеа до и после лечения ($428,7 \pm 43,3$ и $244,0 \pm 18,4$ мкм соответственно). Хотя при сравнении данных этих обеих групп по отдаленным результатам лечения статистически значимой разницы получено не было.

Заключение. Вопрос выбора оптимального метода лечения посттромботической ретинопатии остается открытым. Применение нескольких видов лечения является более результативным при лечении данной патологии.

Литература:

1. Захаров, В.Д. Лазерное и хирургическое лечение исходов тромбоза ретинальных вен / В.Д. Захаров, О.В. Каштан, И.Г. Осокин // Современные технологии в медицине. – 2012. – №1. – С. 101-107.
2. Отдаленная клиническая эффективность консервативного и лазерного лечения тромбоза центральной вены сетчатки / А.Ю. Худяков [и др.] // Офтальмохирургия. – 2012. – № 2. – С.22.
3. Современные тенденции хирургического лечения тромбоза центральной вены сетчатки и её ветвей / А.А. Крылова [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – Т.28, №4. – С.8-14.
4. Выяснение отдаленной клинической эффективности при лечении тромбозов ветвей центральной вены сетчатки / А.Ю. Худяков [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №3. – С. 117-119.
5. Частота и структура формирования ретинальных осложнений при консервативном лечении тромбоза ветвей центральной вены сетчатки / А.Ю. Худяков [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – №4 (59). – С. 143-145.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ТОНКОЙ КИШКИ

*ВОРОБЕЙ А.В., СТАРОСТИН А.М., СЕЛЬНЯГИНА Л.А., ДЫБОВ О.Г., ДЕРКАЧЕВА Н.В.,
РИМАШЕВСКИЙ В.Б.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и
колопроктологии, УЗ «Минская областная клиническая больница», Республика Беларусь*

Хронические нарушения тонкокишечной проходимости могут быть вызваны различными причинами, самой частой из которых является спаечный процесс брюшной полости. При отсутствии у пациента предшествующих операций на этапе диагностики не обходимо помнить о таких возможных причинах непроходимости, как болезнь Крона и постлучевые стриктуры тонкой кишки. При этом развивается хронический энтерит, ведущий к образованию рубцовой ткани и последующему стенозированию просвета кишки.

Изучены результаты диагностики и лечения семи пациентов со стриктурами тонкой кишки за период с октября 2018 г. по апрель 2019г., которые обследованы и прооперированы на базе УЗ «МОКБ». Двое пациентов женского (после лучевой терапии рака шейки матки) и один пациент мужского пола (после лучевой терапии рака простаты) находились в стационаре по поводу поздних лучевых повреждений кишечника в виде стриктур. Все они радикально излечены от онкологического заболевания. У одной пациентки обнаружена стриктура ректосигмоидного соединения, у другой – две стриктуры подвздошной кишки и одна стриктура нижней трети сигмовидной кишки, у пациента мужского пола – стриктура сигмовидной кишки. Трое пациентов женского пола и один пациент мужского пола

обследовались в стационаре с подозрением на болезнь Крона тонкой кишки, что подтверждено морфологически после хирургического лечения: у пациентки П. выявлена стриктура тощей кишки, у пациентки А. – стриктура терминального отдела подвздошной кишки, у пациентки К. – стриктура терминального отдела подвздошной кишки с наружным тонкокишечным свищом с двойным внутренним сигмоидально-тонкокишечным свищом, у пациента В. – рецидив болезни Крона в зоне операции через девять лет после илеоцекальной резекции. Большинство пациентов до обращения в МОКБ неоднократно лечились в стационарных условиях консервативными или хирургическими методами вследствие развития клинической картины кишечной непроходимости.

Диагноз и топическая характеристика стриктур тонкой кишки выставлялись после комплексного изучения диагностических методов исследований. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и классическая энтерография не всегда информативны. Двухбаллонная энтероскопия выполнена одному пациенту. УЗИ тонкой кишки на аппарате экспертного класса выполнено двум пациентам. Интраоперационно эти данные о стриктурах подтвердились, что говорит о достаточно высокой специфичности и чувствительности этого метода в руках опытного специалиста. КТ – энтерография с внутривенным болюсным усилением и использованием нейтральных оральных контрастов на основе полиэтиленгликоля (он же макрогол) выполнена двум пациентам. Только у одной пациентки диагностированы стриктуры тонкой кишки. МР – энтерография выполнена в одном случае при подозрении на болезнь Крона – патологии тонкой кишки не выявлено.

Пациентке Р. выполнена резекция нижней трети сигмовидной кишки с сигморектоанастомозом «конец-в-конец», стриктуропластика подвздошной кишки и резекция подвздошной кишки с илео-илеоанастомозом «конец-в-

конец». Пациентке П. выполнена резекция тощей кишки со стриктурой с еюно-еюноанастомозом «конец-в-бок». Пациентке А. выполнена резекция стриктуры терминального отдела подвздошной кишки с илеоасцендоанастомозом «конец-в-бок», аппендэктомия. Пациентке К. выполнена резекция сигмовидной кишки с сигморектоанастомозом «конец-в-конец», илеоцекальная резекция с илеоасцендоанастомозом «конец-в-конец», иссечение свищевого хода тощей кишки с анастомозом в $\frac{3}{4}$ по Мельникову. Пациенту В. выполнена резекция подвздошной кишки со стриктурой и илеоасцендоанастомозом, сформирован реилеоасцендоанастомоз «конец-в-конец». Во всех случаях выполняли интраоперационную декомпрессию кишки по методу клиники, утвержденному в соответствующей инструкции по применению.

Необходимость своевременной диагностики и последующего хирургического лечения пациентов со стриктурами тонкой кишки после лучевого лечения органов малого таза и с подозрением на болезнь Крона требуют их концентрации в специализированных хирургических центрах.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРМАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛУЧЕВЫХ ПРОКТИТОВ

ВЫСОЦКИЙ Ф.М, СИВЕЦ А.Н., КЛЮЙКО Д.А., МАХАХЕЙ А.В., ЛЯШКО О.И.

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра военно-полевой хирургии

УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минск, Беларусь.

Актуальность темы: лучевые повреждения органов малого таза – частые осложнения после лучевой терапии рака предстательной железы и рака матки. По данным различных авторов, процент поздних постлучевых осложнений остается достаточно высоким 20-80%. Ректальное воздействие чрезмерных доз облучения может привести к воспалению прямой кишки – лучевому проктиту. Одним из конечных результатов такого воздействия является образование сосудистых сплетений-телеангиоэктазий, что проявляется частыми, рецидивирующими ректальными кровотечениями.

Цель исследования: оценить эффективность снижения числа ректальных кровотечений на фоне хронического лучевого проктита при использовании метода (инстилляция формалина).

Материалы и методы: в период с октября 2018 года по апрель 2019 года в данное исследование были включены 6 пациентов с хроническим лучевым проктитом, развившимся вследствие проведенной лучевой терапии со злокачественными образованиями предстательной железы и матки. Критериями приемлемости были завершенная внешняя дистанционная лучевая терапия за > 6 месяцев до включения, ректальное кровотечение с частотой выделений > 1 в неделю и / или необходимостью переливания крови, диагноз хронического проктита при сигмоскопии или колоноскопии и при условии письменного информированного согласия. Для определения степени тяжести ректального кровотечения была использована шкала RTOG.

Местная формалиновая терапия выполнялась без сигмоскопа и анестезии. Перед каждым сеансом необходимо было выполнить клизму. Наличие кровотечения или кала во время применения может снизить эффективность формалина. Каждый пациент находился в литотомическом положении. Основной формой аппликатора был катетер Фолея (14-18 Fr) с баллоном объемом 30-50 см³. Глубина введения контролировалась градуированной шкалой, нанесенной на внешнюю поверхность катетера Фолея. Аппликатор вставлялся следующим образом: катетер Фолея помещали в прямую кишку в литотомическом положении, вводили на расстояние, соответствующее патологическому процессу по результатам колоноскопии или сигмоскопии. После введения в баллон медленно инстиллировали 30-40 мл воды. Для блокирования утечки воды использовали зажим. После этого вводили пластиковую трубку диаметром 16Fr на то же расстояние в соответствии с той же градуированной шкалой. Затем через пластиковую трубку вводили 200 мл 5 % формалина и оставляли на время до 5 минут в контакте со слизистой оболочкой прямой кишки. После этого прямую кишку орошали 1 л физиологического раствора. Каждый пациент приходил вновь через 1 месяц после процедуры, для оценки ответа на лечение. После первого визита осмотр повторяли примерно через 3 месяца, с дальнейшим наблюдением по мере необходимости. Во время наблюдения пациенты оценивались на предмет прекращения кровотечения, уровня гемоглобина, потребности в переливании крови и побочных эффектов. Конечные точки лечения были определены следующим образом:

- Полный ответ - никаких эпизодов кровотечения после последнего применения формалина.
- Общая эффективность - прекращение > 75% кровотечений (субъективная оценка пациента) после применения формалина. Устойчивый полный ответ - уровень полного ответа в течение периода наблюдения.

- Частичный ответ - прекращение 25-75% кровотечений (субъективная оценка пациента) после применения формалина. Клиническая неудача - кровотечение продолжалось, несмотря на аппликации формалина.

- Побочные эффекты лечения - перфорация прямой кишки, недержание кала, тяжелая диарея, образование свищей, образование стриктур, хроническая язва прямой кишки, недержание или системные токсические эффекты.

Результаты: в период с октября 2018 года по апрель 2019 года в данное исследование были включены 6 пациентов с хроническим геморрагическим лучевым проктитом после лечения рака предстательной железы и рака матки. Все пациенты получали гемостатическую терапию (этамзилат, аминокaproновая кислота), сульфасалазин (внутри и ректально), гормонотерапия (преднизолон) в виде микроклизм. Интервал между окончанием лучевой терапии и диагностикой лучевого проктита составлял от 6 до 36 мес. Ректиты 2 и 3 степени были диагностированы у двух пациентов. Двое из шести пациентов требовали многократных переливаний крови (2-6) до начала терапии формалином.

Выводы:

Использование данной методики снижает частоту ректальных кровотечений у пациентов с хронически лучевым проктитом. Метод эффективен и относительно безопасен, приводит к значительному улучшению уровня гемоглобина и снижению необходимости переливания крови. Процедура хорошо переносима без серьезных побочных эффектов. Процедура быстра и дешева.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ФОТОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА»

ДЕНИСОВ А.В., ПЕТКЕВИЧ О.В., ХАДАНОВИЧ С.А.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии
человека», г. Гомель, Республика Беларусь*

Хроническая реакция «трансплантат против хозяина» (ХРТПХ) является серьезным осложнением аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и внутренних органов, характеризуется высокой летальностью, главным образом, из-за инфекционных осложнений. «Первой линией» терапии ХРТПХ являются кортикостероиды, поскольку ни один класс иммунодепрессантов в качестве монотерапии не способен обеспечить должного эффекта у данных пациентов.

В настоящее время экстракорпоральная фотохимиотерапия (ЭФХТ) является часто используемым методом в лечении ХРТПХ. Owsianowski et al. сообщили о первом его использовании при данном заболевании в 1994 г., и сейчас ЭФХТ широко признается в качестве терапии «второй линии» для пациентов с ХРТПХ, резистентных к кортикостероидам. Martin et al., выполняя обзор своих ретроспективных и проспективных исследований терапии ХРТПХ, сообщили о 60 исследованиях, оценивающих 17 различных критериев. ЭФХТ имеет минимальный риск побочных эффектов и не провоцирует серьезные осложнения (восприимчивость к оппортунистическим инфекциям, рецидив основного заболевания), особенно в сравнении с другими методами иммуносупрессивной терапии, используемые в настоящее время в лечении ХРТПХ. Тем не менее, большинство исследований, доказывающих эффективность ЭФХТ в терапии ХРТПХ, проведено на пациентах, резистентных к кортикостероидам, и,

таким образом, на данный момент имеется очень мало данных об использовании ЭФХТ в качестве терапии «первой линии» у пациентов с ХРТПХ.

Вид трансплантата является основным параметром для прогнозирования ответа на ЭФХТ. Исследователи постоянно сообщают сведения о наилучшей эффективности метода при изолированных кожных проявлениях ХРТПХ. Положительный эффект при этом, как сообщалось в 18 исследованиях, наблюдался в среднем в 68% случаев; при ХРТПХ после пересадки печени, как было сообщено в 10 исследованиях, - в 63% случаев.

Данные о выживаемости и средней продолжительности жизни пациентов с ХРТПХ в различных источниках переменны. О значительном улучшении выживаемости и качества жизни пациентов, прошедших курс ЭФХТ, было сообщено Greinix et al. в ходе проспективного рандомизированного исследования пациентов с ХРТПХ, резистентных к терапии кортикостероидами. Kanold et al. исследовали 15 детей со стероид-резистентной ХРТПХ. Ими было установлено, что доза кортикостероидов может быть сокращена на 50% в среднем через 12 сеансов. После 52 месяцев наблюдения 10 из 15 пациентов (67%) остались живы. Кроме того, дети с массой тела менее 25 кг, получавшие ЭФХТ, не были больше подвержены побочным эффектам по сравнению с пациентами с массой тела более 25 кг.

Согласно существующим клиническим рекомендациям, применение ЭФХТ показано пациентам с ХРТПХ, резистентным к терапии кортикостероидами, а также имеющим их непереносимость. В руководящих принципах, созданных онкогематологической рабочей группой Британского комитета по стандартизации в гематологии (BCSH) и Британского общества крови и трансплантации костного мозга (BSBMT) ЭФХТ настоятельно рекомендована (1 класс доказательности) в качестве терапии «второй линии» для ХРТПХ после трансплантации кожи и печени со схемой два

последовательных сеанса раз в две недели с минимальным периодом оценки раз в 3 месяца. 1 класс доказательности означает, что есть уверенность о пользе ЭФХТ.

Показания:

- пациенты с умеренной или тяжелой ХРТПХ в соответствии с критериями Национальных Институтов Здоровья (NIH) должны получать комбинированную терапию.

- легкие проявления ХРТПХ можно лечить с помощью кортикостероидов в качестве терапии «первой линии». Однако, в настоящее время нет общепринятых критериев стероидной резистентности при ХРТПХ - имеющиеся включают в себя развитие устойчивости на преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут. в течение 2 недель.

ЭФХТ противопоказано при непереносимости 8-метоксипсоралена, гепарина и цитратсодержащих продуктов, а также при нестабильной гемодинамике на фоне угрожающего жизни инфекционного процесса или кровотечения.

Общепринятой схемы ЭФХТ в лечении ХРТПХ не существует. Как правило, пациенты получают два последовательных сеанса ЭФХТ раз в 2 недели на протяжении 12 недель.

«ЗАБЫТЫЙ» СТЕНТ МОЧЕТОЧНИКА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ДУБ И.Д., ДОРОНИН М.В., КУРЛЕНКО Р.Н., НЕМЧАНИНОВ С.С.

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический
медицинский центр вооруженных сил Республики Беларусь»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Сложной проблемой современной урологии остается лечение больных с крупными камнями, образовавшимися на обоих концах длительно стоящего (более 6 месяцев) стента, так называемыми «забытыми» стентами. Данная патология составляет от 2,8% до 6,6% случаев, и даже наличие электронного регистра пациентов не позволяет свести частоту их встречаемости к нулю. Сообщения о нахождении мочеточникового стента в мочевых путях более 2-3 лет достаточно редко встречаются в доступной литературе, поэтому случай пятилетнего стента представляет значительный клинический интерес.

Описание наблюдения. На консультативный прием к урологу обратился пациент М. в возрасте 62 лет, находящийся на лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. При осмотре пациент предъявлял жалобы на боль в пояснице, над лоном, болезненное учащенное мочеиспускание малыми порциями. В общем анализе мочи лейкоцитурия, микрогематурия, протеинурия (50-60 лейкоцитов, 8-10 эритроцитов в поле зрения, белок 0,074 г/л, плотность 1015 мг/л), отмечался умеренный лейкоцитоз крови $11,4 \times 10^9$ /л и незначительное увеличение креатинина (113 мкмоль/л) и мочевины (9,4 ммоль/л) крови. Из анамнеза стало известно, что ранее пациент лечился в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни.

Пациенту было назначено обследование. На обзорной урограмме определялся коралловидный камень правой почки занимающий среднюю, нижнюю чашечки и частично лоханку размерами 70 мм, инкрустированный стент левого мочеточника с образованием крупного конкремента мочевого пузыря 80 x 60 мм и верхней трети мочеточника 27 мм. По данным ультразвукового обследования наблюдался двухсторонний гидронефроз 2 стадии справа и 3 стадии слева. Толщина паренхимы правой почки 13 мм, левой 8 мм. На выделительной урографии отмечалось снижение экскреторной функции обеих почек больше слева, на 7 минуте отмечалось выделение контрастного вещества в верхней чашечке справа, на 15 минуте контрастирование лоханки, мочеточника и небольшое скопление контраста в мочевом пузыре справа. Был нарушен пассаж контрастного вещества по левому мочеточнику, в положении стоя наблюдались горизонтальные уровни контраста в расширенных чашечках и лоханке левой почки.

При изучении истории болезни, полученной из архива установлено, что пациент 5 лет назад поступал в отделение в экстренном порядке с приступом почечной колики слева, у него были выявлены: конкремент правой почки размером 45 мм и верхней трети левого мочеточника размером 27 мм, гидронефроз слева, вторичный пиелонефрит. Пациенту в экстренном порядке, для восстановления пассажа мочи из верхних мочевых путей, выполнялось внутреннее стентирование левого мочеточника, в ходе которого конкремент левого мочеточника смещен в лоханку. После купирования острого воспалительного процесса в почке пациент был отпущен на амбулаторный этап лечения на 2 недели. В дальнейшем планировалось выполнение дистанционной литотрипсии левой почки. Однако пациент пропал из нашего поля зрения и в течении 5 лет стент левого мочеточника ему не менялся, так как к врачу он не обращался.

Под эндотрахеальным наркозом пациенту выполнена цистолитотомия, люмботомия слева с пиелолитотомией и стентированием верхних мочевых путей слева. Послеоперационное течение было гладкое, стент мочеточника слева удален через 2 недели. Спустя 3 месяца после выписки выполнена оценка функциональной активности почек. При выполнении динамической нефросцинтиграфии наблюдалось значительное нарушение секреторной функции левой почки и умеренное нарушение секреторно-экскреторной функции правой почки. По данным ультразвукового исследования чашечно-лоханочная системы слева почки расширена, паренхима толщиной 7 мм. Суммарная функция почек по данным уровня мочевины (8,7 ммоль/л) и креатинина (116 мкмоль/л) сыворотки крови сохранена, пациент компенсирован по электролитному составу крови. Таким образом, длительное нахождение инородного тела (мочеточникового стента) привело к практически полной утрате функции органа (левой почки), а при наличии коралловидного конкремента контралатеральной почки в последующем грозит развитием хронической почечной недостаточности.

Выводы. Данным наблюдением хотим обратить внимание на необходимость настороженности врача в отношении пациентов со стентом в мочевых путях не только со стороны урологов, но и непрофильных специалистов. В беседе с пациентом важно акцентировать внимание на наличие у них в организме инородного тела, которое нужно извлечь через определенное время, призвать к более ответственному отношению к своему здоровью.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У КРЫС

ДЫБОВ О.Г.¹, СТАРОСТИН А.М.², АДАМОВИЧ А.Ю.¹, УСТЕМЧУК А.М.¹

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

²Минская областная клиническая больница, г. Минск

Введение. Язвенный колит (ЯК) является актуальной проблемой современной медицины. Для изучения механизмов формирования и прогрессирования ЯК, а так же для доклинической оценки лекарственных средств разработан ряд экспериментальных моделей на экспериментальных животных: химические (тринитробензолсульфовая кислота, декстран сульфат натрия, оксазолон, уксусная кислота), трансгенные ($G\alpha i^{-/-}$, $IL-2^{-/-}$, $IL-10^{-/-}$, $Keratin\ 8^{-/-}$, $TCR\alpha^{-/-}$), адаптивного переноса ($CD4^+$ T cells/SCID, $CD3\epsilon$ ($Tg\epsilon 26$)), спонтанные (C3H/HeBir)). Данные модели не могут отражать всю сложность механизмов заболевания у человека, однако они предоставляют возможность как для изучения патогенеза ЯК, так и для оценки лечебной эффективности испытуемых препаратов.

Цель. Отработка модели острого язвенного колита у животных с использованием раствора уксусной кислоты с предварительной подготовкой толстой кишки животных препаратом «Фордрайв» и без него.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 8 половозрелых крысах в соответствии с положением Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей (Страсбург, 1985). Их возраст составлял 2-2.5 месяца, масса тела 330 -378гр. Животных разделили на 4 группы:1) 2 самки, 2) 2 самца, 3) 3 самки, 4) 1 самец.

В первой группе исследование проходило следующим образом: Первым этапом (на 2-е сутки эксперимента) проводили сенсibilизация

слизистой оболочки толстой кишки: 1) Предварительное голодание 24 часа. 2) наркоз. 3) введение 5 мл/кг 4% раствора уксусной кислоты ректально с помощью полиуретановой трубки на глубину 4-8 см. Вторым этапом (на 10-е сутки) выполняли инициацию острого колита. Данный этап повторял все элементы предыдущего с той лишь разницей, что концентрацию и дозировку уксусной кислоты повышали до 10 мл/кг и 12% соответственно. Проведение исследования во второй группе было схожим. Отличие состояло в том, что кишечник крыс предварительно готовили сплит-дозой препарата «Фордрайв» из расчета 2,5 мл на 100 г массы тела животного. Животные третьей группы предварительно голодали 24 часа. На 2-е сутки им ректально вводили 5 мл/кг 10% раствора уксусной кислоты, а на 10-е - 10 мл/кг 12% раствора. Четвертая группа была контрольной. Животное первые сутки голодало. На 2-е и 10-е сутки ректально вводили физиологический раствор.

Результаты и обсуждение. В первые 24 часа, после первого этапа введения уксусной кислоты у крыс первых трех групп наблюдали клиническую картину колита. Констатировали снижение двигательной активности животных, их шерстяной покров был взъерошен и тусклый. Появилась диарея с кровянистыми элементами и умеренное снижение массы тела. Симптоматика преобладала у объектов второй и третьей группы. На 6-7 сутки у всех животных клиническая картина нивелировалась.

После второго этапа введения раствора уксусной кислоты клиническая картина дополнительно включала: значительное снижение массы тела, болевую позу, сильное загрязнение кожи вокруг анального канала, пониженную активность. На 11-14 сутки эксперимента констатирована смерть одного животного из первой группы, двух объектов из второй и одного из третьей. Шести крысам проводилась аутопсия с последующей макроскопической оценкой результатов. «Неудовлетворительный» результат был получен у крысы из первой группы, которая умерла на 11-е сутки. После

вскрытия был констатирован тотальный некроз толстой кишки. «Удовлетворительный» результат наблюдался у крысы из второй группы, которая умерла на 12-е сутки. При макроскопической оценке был выявлен некроз правых отделов ободочной кишки (без перфораций), в дистальных отделах гипертрофия и гиперемия слизистой, а также две стриктуры на уровне поперечно-ободочной кишки и с/3 нисходящего отдела. «Хороший» результат был получен у двух крыс первой группы и у одной из третьей. Данные объекты были выведены из эксперимента на 15-е сутки. При макроскопической оценке у всех наблюдались токсический мегаколон; гнойно-некротические язвы, покрытые фибрином; гипертрофия эпителия слизистой.

Вывод. Полученные результаты позволяют утверждать, что моделирование колита у крыс посредством ректального введения уксусной кислоты вполне объективно. А при использовании, в качестве дополнительной подготовки, препарата «Фордрайв» отмечается лучшее очищение кишечника и, как следствие, более качественная экспозиция раствора уксусной кислоты на стенках толстой кишки. Однако, учитывая количество летальных случаев (50%) объектов, очевидна необходимость доработки соотношения концентрации и количества вводимого раствора.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

ЕВДОЧКОВА Т.И., СЕЛЬКИНА В.Д.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии
человека», г. Гомель, Беларусь*

Введение. Диагностика и лечение осложнений после операций по поводу эндопротезирования молочных желез является актуальной проблемой современной медицины. С увеличением количества данных операций возрастает и риск развития осложнений как общехирургических (развивающихся в раннем послеоперационном периоде), так и специфических (характерных для данного вида пластических операций).

Исходя из этого, задачей ультразвуковой диагностики является выявление возможных осложнений на ранних стадиях из развития и динамическое наблюдение за пациентками для предупреждения развития более поздних осложнений.

Цель исследования. Изучение возможностей ультразвуковой диагностики осложнений, выявляемых в раннем и позднем послеоперационных периодах после аугментационной маммопластики, с применением всех имеющихся режимов сканирования.

Материалы и методы. Ультразвуковые исследования проводились на ультразвуковом аппарате производства «General Electric» VOLUSON - 730 EXPERT в стандартном В-режиме, в режимах цветового доплеровского картирования и энергетического доплера с использованием мультисекторных линейных датчиков с частотами 6 - 12 МГц.

Результаты и обсуждение. Было обследовано 55 пациенток в возрасте от 27 до 58 лет после эндопротезирования молочных желез. Срок после операции составил от 1 месяца до 12 лет.

Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде, выявляемом при ультразвуковом исследовании, было обнаружение жидкостных скоплений, которые определялись по краям эндопротеза, вокруг эндопротеза или в его нижних отделах. Небольшие жидкостные скопления не требовали дополнительных вмешательств, серомы больших размеров пунктировались под ультразвуковым контролем.

Из специфических осложнений, развивающихся после эндопротезирования, следует отметить фиброзную капсулярную контрактуру, развившуюся через 1-6 лет после маммопластики. Фиброзная капсулярная контрактура чаще носила односторонний характера. При проведении ультразвукового исследования определялось утолщение перипротезной фиброзной капсулы, нарушение подвижности волн, увеличение скопления жидкости без нарушения внутренней эхоструктуры эндопротеза.

Выводы. Метод ультразвуковой диагностики является достаточно информативным для выявления осложнений после аугментационной маммопластики. Использование возможностей данного метода в динамике позволяет выявить осложнения на ранних стадиях и избежать повторных оперативных вмешательств. Таким образом, метод ультразвуковой диагностики можно назвать методом выбора для оценки состояния молочных желез и эндопротезов после маммопластики.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

ЖИДКОВ А.С.¹, КЛЮЙКО Д.А.¹, КОРИК В.Е.¹, ЖИДКОВ С.А.¹,

ЗАЙЦЕВ М.В.¹, РАЗВОДОВСКИЙ К.В.²

¹*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра военно-полевой хирургии, г. Мминск*

²*УЗ «Любанская центральная районная больница»*

Введение. Ожирение (ИМТ>30 кг/м²) стало настоящей эпидемией, поразившей не только взрослое, но и детское население развитых стран в XXI веке. Изменившийся темп и образ жизни, доступность, качество и характер питания сформировали за последние десятилетия совершенно новый тип пациентов, у которых помимо основной патологии, явившейся причиной поступления в стационар, имеется комплекс тяжёлых для коррекции коморбидных состояний. Необходимо понимать, что стандартные подходы к лечению, в том числе и хирургическому, у пациентов с ожирением не позволяют достигнуть столь удовлетворительных результатов, как у людей с нормальной массой тела. Одним из способов поиска новых решений является анализ летальности у пациентов с ожирением.

Цель. Провести анализ летальности у пациентов с ожирением при экстренной патологии органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении и умерших в отделении экстренной хирургии УЗ «2 ГКБ» в период с 2013 по 2016 годы.

Всего за указанный период скончалось 208 пациентов, из которых ожирением страдало 55 человек (26,4%). Средний возраст составил $66,4 \pm 13,4$ лет, при этом наибольшее количество было в возрастных группах от 60 до 74 лет – 21 (38,2%) и от 75 до 89 лет – 17 (30,9%). Подавляющее большинство являлось лицами женского пола 30 (54,5%). Самыми распространёнными патологиями среди умерших с ожирением были: острый панкреатит – 13 (23,6%) и тромбоз мезентериальных сосудов – 12 (21,8%), ОКН опухолевого генеза – 6 (10,9%) и ущемлённая грыжа – 5 (9%). Оперативное лечение применялось в 27 (49%) случаях. В 9 (33,3%) случаях метод был видеохирургический, в 18 (66,6%) – лапаротомный. Основными оперативными вмешательствами были: санация и дренирование брюшной полости при панкреатите – 7 (25,9%); ушивание/иссечение с пилоропластикой язвы желудка, ДПК – 5 (18,5%); резекция участка кишечника – 5 (18,5%); висцеролиз – 4 (14,8%). У 19 (70,3%) пациентов было выполнено 1 оперативное вмешательство, у 3 (11,1%) – 2, у 5 (18,5%) – 3 и более.

Результаты и их обсуждение.

Среди основных непосредственных причин летального исхода мы выделили следующие: ИБС (в т.ч. инфаркт миокарда) – 15 (27,3%) случаев; различные формы панкреатита – 8 (14,5%), тромбоз мезентериальных сосудов – 6 (10,9%). Особо стоит отметить, что диагноз «Ожирение» был выставлен, как основной только в 1 (1,8%) случае. Самой распространённой сопутствующей патологией были: атеросклероз аорты и её ветвей – 10 (22,7%); диффузный пневмосклероз – 10 (22,7%); ИБС – 9 (20,6%); эмфизема лёгких – 9 (20,6%). Стоит обратить внимание, что такая патология, как сахарный диабет II типа был определен только у 2 (3,6%) пациентов.

Выводы.

Высокий удельный вес (до 25%) пациентов с ожирением среди лиц, скончавшихся от экстренной абдоминальной патологии, а также значительная оперативная активность у данной категории требуют дальнейшего углубленного изучения и разработки специальных алгоритмов диагностики и лечения.

РАСТВОРИМЫЕ КОМПЛЕКСЫ МОНОМЕРОВ ФИБРИНА И АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В МОНИТОРИНГЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗООККЛЮЗИОННЫХ ОПТИКОРЕТИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КАРДАШ О.Н., ВОРОНОВИЧ Т.Ф., СИВАШКО А.С.

УЗ «10-я городская клиническая больница» г.Минска

Актуальность. Нарушение баланса взаимодействия гемостаза и антигемостаза, в том числе из-за наследственной недостаточности некоторых факторов из них, способствует развитию тромбозов, тромбоэмболий и геморрагических синдромов, в том числе вазоокклюзионных заболеваний сетчатки и зрительного нерва. Растворимые комплексы мономеров фибрина (РКМФ) и Д-димеры являются маркерами активации процесса внутрисосудистого свертывания крови, отражая состояние тромбонемии и образования фибриновых сгустков. Сопоставление результатов количественного определения в плазме крови РКМФ и Д-димеров показало тесную корреляционную связь. Д-димеры, РКМФ и повышенная активность тромбоцитов являются предикторами тромботических осложнений.

Повышенная агрегационная активность тромбоцитов и эритроцитов является одной из причин вазоокклюзионных оптических заболеваний. Существенных изменений агрегатного состояния периферической крови может не наблюдаться из-за наличия в плазме мощных физиологических антикоагулянтов. Поэтому, даже при ее гипокоагуляции, не исключено возникновение тромбозов в сосудах сетчатки вследствие локальной гиперкоагуляции. Это соответствует концепции Гаврилова О.К. о повышении агрегации клеток крови в бассейне сонных

(глазничных) артерий при тромбозах вен в отсутствии изменений состояния крови на периферии. В связи с этим в диагностике вазоокклюзионных поражений глазного дна кроме общеклинических и офтальмологических методов исследования (в том числе осмотра глазного дна с фундус-линзой и флюоресцентной ангиографией глазного дна) целесообразно исследование базисных тестов системы гемостаза.

Учитывая положительные влияния антиагрегантов, препараты широко используются в лечении больных с нарушениями кровообращения в сосудах глаза. Отмечено существенное ускорение рассасывания внутриглазных кровоизлияний и уменьшение степени неоваскуляризации сетчатки при их применении.

Известно о целесообразности назначения больным с сосудистой патологией профилактических доз ацетилсалициловой кислоты для снижения степени агрегации тромбоцитов.

Однако системное применение регов такого рода препаратов нередко сопряжено с развитием осложнений. Установлено, что в ретинальных сосудах активность фибринолиза более низкая, чем в сосудах периферической крови. Поэтому, применение препаратов, расширяющих возможности воздействия на систему гемостаза в локальном кровотоке, признают весьма актуальным и перспективным.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между содержанием РКМФ, агрегацией тромбоцитов и использованием ацетилсалициловой кислоты в лечении вазоокклюзионных заболеваний сетчатки и зрительного нерва.

Материал и методы. Концентрацию РКМФ определяли в плазме крови пациентов 2-х групп: основной и контрольной. Контрольную группу составили 54, основную – 42 пациента. К традиционно применяемой схеме терапии (*парабульбарно* 0,3 мл 0,1% раствора дексаметазона и 0,1-0,2 мл (100-200 ЕД) гепарина 1 раз в 3 дня; 0,5 мл 1% раствора эмоксипина через

день; внутримышечно 2,0 мл 12,5% раствора этамзилата № 10; внутривенно 5,0 мл 3% эмоксипина на физиологическом растворе; 5,0 мл 20 % раствора пирацетама внутрь 400 мг 3 раза в день) в протокол лечения пациентов основной группы включили введение инъекционной пролонгированной формы 1 % раствора АК в виде парабульбарных инъекций 0,5 мл №5 через день в чередовании с эмоксипином, а также 1 % раствора АК в виде инстилляций эпибульбарно по 2 капли 4-5 раз в день.

Показатели коагулограммы до и после проведенного комплексного лечения изучены у 42 больных основной группы и у 46 пациентов контрольной группы. Для более углубленного изучения функционального состояния гемостаза использовали РКМФ и антитромбина III.

Результаты. Нами проанализированы общие результаты исследования показателей системы гемостаза у пациентов контрольной и основной групп.

Как видно из представленных результатов, произошло снижение концентрации фибрин-мономерных комплексов в обеих группах пациентов и увеличение содержания АтIII ($p < 0,02$; $p < 0,05$) после проведенного лечения.

Отмечалось статистически значимое ($p < 0,001$) уменьшение РКМФ в обеих группах, более выраженное изменение содержания РКМФ в периферической крови отмечалось у пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

Статистические значимые различия между группами выявлены при исследовании агрегатограмм. Под влиянием комплексного лечения больных с включением АК статистически значимо снизилась скорость агрегации тромбоцитов при 1,5 мкМ и 2,5 мкМ АДФ-индукции, время агрегации тромбоцитов, а также степень агрегации у пациентов, получавших АК, в то время как в группе сравнения уменьшилось лишь время агрегации на 2,5 мкМ АДФ.

Снижение агрегационной функции тромбоцитов уменьшает синдром гипервязкости, улучшает кровоток в зоне микроциркуляции и нарушение транскапиллярного обмена

Таким образом, определение РКМФ наряду со значимостью недостаточно востребовано. В то же время тест на РКМФ является простым в выполнении, доступным для клинко-диагностической лаборатории любой мощности и экономически малозатратным.

Заключение.

1. Для выявления активации системы гемостаза, при вазоокклюзионных оптикоретинальных заболеваниях целесообразно определение концентрации растворимых комплексов мономеров фибрина в периферической крови.

2. Включении в комплексное лечение ацетилсалициловой кислоты у пациентов с вазоокклюзионными заболеваниями сетчатки и зрительного нерва способствует более выраженному снижению в плазме крови содержания растворимых комплексов мономеров фибрина ($p < 0,001$), уменьшению скорости, времени и максимальной агрегации тромбоцитов в 1,85, 2,0 и 1,83 раза соответственно по сравнению с аналогичными показателями в крови пациентов контрольной группы.

МЕХАНИЗМЫ ЭДЕМОМЕТРИИ И ЕЕ СУЩНОСТЬ, КАК МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

КАРМАН А.Д., КУДЕЛИЧ О.А., НЕВЕРОВ П.С., ПЛАНДОВСКИЙ А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

При изучении проблемы микроциркуляции нами разработана методика исследования этой среды, названная эдемометрией. При применении метода эдемометрии в условиях клиники (более 1000 исследований) и в эксперименте (на 10 собаках) выявлено несколько причин, влияющих на показатели эдемометрии. Наши прежние представления о действующих механизмах метода существенно расширились и, в связи с этим, они требуют специального рассмотрения. Изучение и обсуждение действующих механизмов эдемометрии позволило выделить несколько происходящих в ней процессов.

Основой эдемометрии является, несомненно, аппарат (эдемометр), который создает давление на исследуемые ткани в пределах 100 мм рт. ст., обеспечивает выдавливание жидкости из этих тканей и постоянно фиксирует уровень давления в исследуемой микроциркуляторной среде. Эдемометр осуществляет все это от исходного давления до тканевого, когда выдавливание жидкости прекращается.

Эдемометр представляет собой аппарат, обеспечивающий давление на исследуемые ткани, выдавливание из них жидкости и регистрацию уровня давления в тканях (среде измерения) и в эдемометре. Без аппарата и создаваемого им давления на исследуемые ткани не может быть самого метода исследования.

Давление на исследуемые ткани является основным методом двигателя метода эдемометрии. Оно обеспечивает изгнание жидкости из исследуемых тканей и запускает всю систему эдемометрии. В эту систему входят, кроме

изгнания жидкости уменьшение объема сдавленных тканей, снижение давления в системе измерения, герметизм системы измерения, прогрессирующее снижение давления в системе эдемометра, регистрация уровней давления и гидратации тканей на разных этапах исследования. Заканчивается эдемометрия прекращением изгнания жидкости из исследуемых тканей на этапах уравнивания тканевого давления с эдемометрическим.

При эдемометрии изгнание жидкости из сдавленных браншами эдемометра тканей характеризует, кроме всего, еще и степень их гидратации. Следствием изгнания жидкости из сдавленных тканей является уменьшение их объема. Последнее подтверждено измерением их объема после эдемометрии. На основании этих данных разработан способ определения количества функционирующей жидкости в тканях (патент № 21578 «Способ определения объема жидкости в тканях первого межпальцевого промежутка кисти с помощью эдемометра» зарегистрирован 09.10.2017г.).

Уменьшение объема тканей после изгнания из них жидкости сопровождается снижением давления в среде эдемометра. Все это повторяется с каждым циклом: сдавление, изгнание, уменьшение объема и снижение давления. Заслуживает особого рассмотрения еще один действующий механизм эдемометрии. Речь идет о герметизме среды измерения и герметизме эдемометра. Без герметизма среды и аппарата исследование невозможно, его показатели недостоверны.

В последовательной оценке всех действующих механизмов эдемометрии можно изложить суть метода исследования в следующем виде:

- эдемометр;
- давление бранш эдемометра на исследуемые ткани;
- выдавливание из тканей жидкости;

- уменьшение объема сдавленных тканей;
- снижение давления в системе эдемометрии;
- герметизм системы измерения и его влияние на эдемометрические показатели;
- прогрессирующее снижение давления в системе измерения от исходного до тканевого, до прекращения выдавливания жидкости из сдавленных тканей;
- на фоне прогрессирующего снижения давления (во всей системе эдемометрии) появляются небольшие «паузы» в давлении и направлении кривой эдемометрограммы, документирующие уровни давления и гидратации среды, которые улавливают эти «паузы» эдемометрией и делают ее методом исследования.

Приведенные данные раскрывают действующие механизмы эдемометрии и ее сущность, как метода исследования микроциркуляции.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

КЛИМУК С.А., ЕВКОВИЧ Ю.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность: Септические осложнения при остром панкреатите и обострении хронического панкреатита (далее – ОП) нередко определяют прогноз при ОП. Тем не менее, до сих пор не существует единого мнения относительно сроков, показаний и преимуществ назначения антибиотикотерапии (АБ) в зависимости от формы и стадии ОП. Одни авторы считают, что ранняя АБ улучшает исходы при меньшем проценте инфекционных осложнений, другие – что статистически значимого преимущества у ранней профилактической АБ терапии у пациентов с ОП нет. Белорусские протоколы 2017 года (Постановление МЗ РБ №46 от 01.06.2017) предусматривают АБ как дополнение к базисной терапии, но в саму базисную терапию АБ не входит. При этом критерии назначения АБ отсутствуют, всё ограничивается формулировкой: «Лечение может быть дополнено индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования». Рекомендуемый курс составляет не менее 3-7 суток.

Материал и методы: ретроспективное исследование 115 карт пациентов УЗ 5 ГКБ, пациенты мужского пола составили 60,87%, две трети пациентов (68,5%) были трудоспособного возраста. Диагноз «острый панкреатит» был выставлен 32 пациентам, «обострение хронического панкреатита» - 79 пациентам. Из анализа были исключены случаи ОП, потребовавшие открытого оперативного вмешательства (люмботомии, лапаротомии). Установлено, что АБ была назначена в 93 случаях из 115 (80,08%). Медиана курса составила 7,44 дня (минимум 3, максимум 18) и

соответствовала медианному, минимальному и максимальному койко-дню (АБ назначена всем пациентам). Наиболее часто назначался цефепим (40 пациентов, 34,78%), вторым был метронидазол (39, 33,91%); далее - цефтриаксон (31, 26,96%), ципрофлоксацин (23, 20%), цефотаксим (6, 5,22%), цефазолин (3, 2,61%). Остальные АБ-препараты (левофлоксацин, меропенем, флуконазол, дорипенем) использовались приблизительно с одинаковой частотой (меропенем назначен у 2, прочие – по 1 пациенту). Левофлоксацин был применён у пациентов с тяжёлым ОП в отделении интенсивной терапии (ИТ) для профилактики респираторных инфекций в 2 случаях. Все 4 пациента, которые получали лечение в том числе в отделении ИТ, перенесли неоднократную смену АБ (медиана длительности одной схемы – 5,5 дней, минимум 3, максимум 9; медиана числа смен – 2,5).

Выводы: проводимое лечение в целом соответствует общепринятым стандартам; вопреки протоколу в некоторых случаях в качестве стартового препарата АБ-терапии использовался цефазолин (цефалоспорин 1-го поколения), однако применение его оправдано спектром действия.

Литература:

1. Lowenfels AB, Maisonneuve P, Sullivan T. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2009 Apr;11(2):97-103.
2. Mourad MM, Evans RPT, Kalidindi V et al. Prophylactic antibiotics in acute pancreatitis: endless debate *Ann R Coll Surg Engl.* 2017 Feb; 99(2): 107–112. Published online 2017 Feb. doi: 10.1308/rcsann.2016.0355
3. Dambrauskas Z, Pundzius J, Barauskas G. Predicting development of infected necrosis in acute necrotizing pancreatitis. *Medicina (Kaunas).* 2006;42(6):441-9.
4. Dellinger EP, Tellado JM, Soto NE, et al. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis: randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Ann Surg* 2007;245:674–83.
5. Howard TJ, The Role of Antimicrobial Therapy in Severe Acute Pancreatitis June 2013 Volume 93, Issue 3, Pages 585–593

МАРКЕРЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РОЖЕЙ

КЛИМУК С.А. КАЛИНИНА А.С., ДАЛИДОВСКАЯ А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Актуальность. На сегодняшний день рожа, или рожистое воспаление (далее – РВ), в основном не несет серьезной угрозы жизни в связи с антибиотикотерапией и применением для местного лечения антисептиков, тем не менее заболеваемость по-прежнему стабильно высока и составляет в среднем 1,4-2,2 случая на 1000 человек взрослого населения. Среди всех пациентов с хирургической инфекцией 8-12% составляют случаи различных форм РВ, а осложнения могут включать жизнеугрожающие ситуации, такие как тромбоэмболия легочной артерии, сепсис и острое повреждение почек.

Цель: установить маркеры острого повреждения почек при РВ.

Материалы и методы. В исследование вошли 100 случаев 2 хирургического отделения №2 УЗ 5ГКБ г. Минска за 2016-2017 год, получавших лечение по поводу РВ различных локализаций. Учитывалось распределение по полу, возрасту, а также общеклинические анализы, полученные в 1-2 день пребывания в стационаре, с акцентом на параметры, соответствующие почечным изменениям. Полученные данные обрабатывались в программе Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Из 100 рассмотренных случаев женщины составили 53%, мужчины – 47%. По возрасту пациенты представлены в следующем соотношении: молодой возраст (18-44) – 10%, средний возраст (45-59) – 33%, пожилой возраст (60-74) – 29%, старческий возраст (75-90) – 27%, долгожители (90+) – 1%. Отклонения от нормы в почечных показателях встречались со следующей частотой: уровень мочевины повышен у 35 обследованных из 98 случаев (35%), уровень

креатинина повышен у 38 из 90 пациентов (42,2%), уровень калия - у 14 из 96 (14,58%), белок в моче обнаружен у 25 из 52 случаев (48%), аномальные параметры содержания плоского эпителия с учетом половых норм – у 29 из 53 (54,7%), аномальный уровень лейкоцитов в моче обнаружен у 9 из 31 случая среди женщин (29%) и у 5 из 24 случаев среди мужчин (20,8%), эритроциты в моче выявлены у 5 из 13 пациентов среди женщин (38,46%) и у 2 из 12 среди мужчин (16,7%). Также оценены изменения почечных параметров в связи с течением основного заболевания. Для этого все пациенты изучаемой популяции были разделены на тех, кто находился в стационаре в течение стандартных для РВ 8+/- 2 суток и более этого времени (более 10 суток). В 42 из 100 случаев (42%) пациенты находились на стационарном лечении более 10 дней, из этих пациентов 1 умер. Среди пациентов с более длительными сроками лечения повышение сывороточного креатинина было отмечено у 55,6% (20 из 36 человек), в группе «до 10 дней» - у 33,3% (18 из 54 человек), повышение мочевины наблюдалось у 53,7% (22 из 41 человека) – в группе «свыше 10 дней» и у 36,84% (21 из 57 человек) в группе «до 10 дней».

В качестве клинического примера представляем случай пациентки К. у которой острое повреждение почек на фоне РВ потребовало заместительной почечной терапии. У пациентки при поступлении выявлялись аномалии в биохимическом анализе крови и общем анализе мочи по таким параметрам, как мочевина, С-реактивный белок; белок и лейкоциты в моче. У пациентки в анамнезе сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и морбидное ожирение, РВ было рецидивным, буллезно-некротическим, охватывающим обе голени, что составляет 18% всей поверхности тела. Впоследствии, в динамике у пациентки отмечено ухудшение по всем почечным параметрам, причем белок в моче, несмотря на лечение, повышался, а уровень креатинина практически через месяц от начала заболевания всё ещё был выше нормы в 5

раз. Уровень пресепсина на 20 день с начала лечения соответствовал сепсису ((N=0-327 пг/мл, у пациентки 3539 пг/мл), но бактериологически сепсис подтвержден не был (тройная гемокультура стерильная). Такой ложноположительный уровень пресепсина может являться маркером острого повреждения почек.

Заключение. РВ ввиду тропности стрептококка к почечной паренхиме является состоянием, сопряженным с риском острого почечного повреждения. Более тяжелое течение, требующее длительного срока госпитализации, отмечается чаще у пациентов с исходно компрометированной функцией почек и с признаками поражения почек на старте. Выявлению таких пациентов группы риска может помочь более тщательный мониторинг параметров почечной функции при поступлении.

АБДОМИНАЛЬНЫЕ СПАЙКИ: АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ

КЛЮЙКО Д.А.¹, КОРИК В.Е.¹, ЮДИНА О.А.²

¹Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска

Введение. До настоящего времени нет рациональных способов профилактики и лечения спаечной болезни брюшной полости, а используемые правила не изменялись за последнее столетие. Таким образом, спаечная болезнь является важной медико-социальной проблемой, с возрастающей заболеваемостью, высокой инвалидизацией и смертностью.

Материал и методы. Нами проведен анализ протоколов вскрытия пациентов с заключительным патологоанатомическим диагнозом «Спаечная болезнь органов брюшной полости», проведенного на базе учреждения здравоохранения «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска за 4 года в период с 2013 по 2016 годы; протоколы вскрытия умерших с основным диагнозом «Острое нарушение мезентериального кровообращения» за 10 лет в период с 2005 по 2014 годы и медицинские карты пациентов с тем же диагнозом проходивших лечение в УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска» за 9 лет с 2008 по 2016 годы.

Результаты и обсуждение. Выборку составили пациенты с основным патологоанатомическим диагнозом «Спаечная болезнь органов брюшной полости». Умерших по всем больницам города Минска за 4 года было 38. Характеристика группы: средний возраст умерших составил $67,6 \pm 13,6$ лет, медиана – 69,5 лет ($Q_u=77$, $Q_l=62$), минимальный возраст развития данного заболевания 30 лет, пациентов в возрасте до 60 лет было 8, что составляет 21%. С целью выявления спаечного процесса у пациентов с другой патологией нами был проведен анализ 781 протокола вскрытия пациентов с

основным диагнозом «Острое нарушение мезентериального кровообращения». Анализ соотношения данной патологии был выполнен по косвенным признакам, при сопоставлении отдельных признаков патологии, приведшей к летальному исходу.

Характеристика группы: средний возраст умерших составил $76,4 \pm 9,6$ лет, медиана – 78 лет ($Q_u=83$, $Q_l=71$), минимальный возраст развития данного заболевания 22 года, пациентов в возрасте до 60 лет было 51, что составляет 6,5%. Женщин, умерших от мезентриального тромбоза, было 485 (62%), мужчин – 296 (38%). В первые сутки пребывания в стационарах умерли 269 пациентов, что составило 34% от общего количества умерших. Прямое указание на наличие спаечного процесса в брюшной полости было выявлено у 135 пациентов, что составляет 17% от общего количества умерших от мезентериального тромбоза. Спаечный процесс брюшной полости констатирован в патологоанатомическом диагнозе у 45 (33% от 135) умерших, у других пациентов, при наличии его описания в протоколе, в заключительном патологоанатомическом диагнозе спаечный процесс не нашел отражения.

Характеристика группы: средний возраст умерших составил $78,5 \pm 8,6$ лет, медиана – 80 лет ($Q_u=85$, $Q_l=73$), минимальный возраст – 39 лет, пациентов в возрасте до 60 лет было 4, что составляет 3,4%. Женщин, проходивших лечение, было 87 (74%), мужчин – 30 (26%). Пациенты находились на стационарном лечении в среднем $5,8 \pm 0,33$ суток, медиана составила 4 суток ($Q_u=8$, $Q_l=2$). Смертность в данной группе составила 93% (109 пациентов).

Указание на наличие оперативного вмешательства на органах брюшной полости в анамнезе было констатировано у 49 (42%) пациентов. Спаечный процесс брюшной полости, доказанный при оперативном вмешательстве либо при вскрытии, присутствовал у 20 (41%) умерших. У ранее не

оперированных пациентов случаев спаечного процесса в брюшной полости выявлено не было.

Выводы. Таким образом, следует констатировать взаимосвязь между наличием спаечного процесса и развитием недостаточности мезентерального кровообращения. Важно понять, что проблема спаечной болезни гораздо шире, нежели она представляется при поверхностном изучении, а выжидательная тактика не приемлема на современном этапе при наличии лапароскопических методик.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

КЛЮЙКО Д.А.¹, КОРИК В.Е.¹, БОГДАН В.Г.¹, АЛЕКСАНДРОВ С.В.², МЕЛКОНЯН Н.Д.²

¹Военно-медицинский факультет в учреждении образования «Белорусский
государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение «2-я городская клиническая больница г. Минска»

Актуальность. На данный момент нет единого подхода к лечению рака левой половины ободочной кишки с учетом характеристик первичной опухоли, открытым остается вопрос об объеме удаления лимфатического дренажа кишки и уровня перевязки сосудов. Именно лапароскопические вмешательства обеспечивают наиболее благоприятный исход заболевания с сохранением радикальности и результативности операции.

Материал и методы: Сотрудниками кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» и Государственного учреждения «2-я городская клиническая больница г. Минска» накоплен небольшой опыт лапароскопических операций по поводу рака и полипоза ободочной кишки. В период с 2016 по настоящее время было прооперировано 35 пациентов по поводу рака толстой кишки различных локализаций и 5 пациент с диагнозом «Полипоз».

Предоперационное обследование больных раком ободочной и прямой кишки включало стандартные процедуры, в том числе обязательно (при отсутствии противопоказаний) тотальную колоноскопию с биопсией с последующим гистологическим исследованием.

Кроме того, всем пациентам проводили КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза, что позволяло определить локализацию,

протяженность и глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов, наличие отдаленных метастазов.

Полученные результаты: Количество дней пребывания в стационаре составило $5 \pm 1,2$ дня, что на 64% меньше по сравнению с тем же показателем при открытом методе оперативного лечения ($8 \pm 3,4$ дня).

Количество осложнений сократилось на 7,5% с 12,5% (5 случаев) до 5% (2 случая) и качественно изменилось в лучшую сторону, в частности зарегистрировано снижение количества несостоятельности анастомозов в 2 раза.

Конверсия при операциях по поводу опухоли ободочной кишки потребовалась в 2 (5%) наблюдениях, по причине прорастания опухоли в соседние органы. Летальных исходов в послеоперационном периоде при видеоскопических операциях по поводу рака ободочной кишки не было.

Обсуждение. На наш взгляд целесообразно придерживаться следующей этапности операции:

1. Выделение и перевязка сосудов, питающих опухоль;
2. Выделение участка кишки с опухолью;
3. Пересечение кишки проксимальнее и дистальнее опухоли;
4. Выполнение парааортальной лимфодиссекции.

Выполнение скелетизации позволяет произвести радикальную лимфодиссекцию в восходящем направлении по ходу питающих опухоль сосудов и одновременно с этим пересечь эти сосуды значительно ниже верхнего края зоны лимфодиссекции.

Это позволяет сохранить адекватное кровоснабжение в большем сегменте ободочной кишки, а значит, существенно сократить объём резецируемой части кишечной трубки. Необходимо уделять особенное внимание сохранению целостности висцеральной фасции.

Выводы и рекомендации: Лапароскопические операции на толстой кишке, в частности, операция Гартмана позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить болевые ощущения у пациентов в послеоперационном периоде, минимизировать кровопотерю, а также снизить количество дней пребывания в стационаре.

Лапароскопическая резекция толстой кишки или ее участков эффективна у пациентов старшего возраста в том числе с тяжелым полиморбидным фоном.

Результаты применения лапароскопических операций при заболеваниях ободочной кишки соответствуют современным принципам хирургии.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*КЛЮЙКО Д.А.¹, КОРИК В.Е.¹, ЖИДКОВ С.А.¹, ЖИДКОВ А.С.¹, ЗАЙЦЕВ М.В.¹,
РАЗВОДОВСКИЙ К.В.²*

¹*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра военно-полевой хирургии, г. Минск*

²*УЗ «Любанская центральная районная больница»*

Введение. Несмотря на активное внедрение передовых диагностических и лечебных технологий в хирургическую практику, показатели летальности после экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости (ОБП) остаются на достаточно высоком уровне. Кроме того, в последнее время наблюдается неуклонный рост числа пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих одну или несколько хронических сопутствующих патологий, утяжеляющих течение основного заболевания. Проблема выбора срока проведения, метода и объёма повторного оперативного вмешательства остаётся одной из наиболее актуальных в абдоминальной хирургии [1,2].

Цель. Определить наиболее рациональный способ выполнения повторных оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 110 медицинских карт пациентов, госпитализированных в хирургические отделения УЗ «2ГКБ» г. Минска в период с 2015 по 2018 гг., которым выполнялись два и более оперативных вмешательства по поводу основной патологии ОБП. Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от типа повторных операций. Первая группа – пациенты которым проводилась релапароскопия, вторая группа – пациенты которым проводилась

лапароскопия после лапаротомии, третья группа – пациенты которым проводилась релапаротомия.

Из 110 пациентов женщин было 43 (39%), мужчин – 67 (61%). Релапароскопия была выполнена 28 пациентам (25,5%), лапароскопия после лапаротомии – 26 (23,6%), релапаротомия – 56 (50,9%). Средний возраст пациентов, которым выполнялась релапароскопия, составил $54,1 \pm 21,9$ года. Первыми операциями у данной группы пациентов были: ЛХЭ при остром холецистите, в том числе с дренированием холедоха 10 (35,7%) случаев; лапароскопическая аппендэктомия при деструктивных формах аппендицита 4 случая (14,3%); дренирование сальниковой сумки при остром панкреатите 3 случая (10,7%), а также ушивание пробной язвы желудка/ДПК 3 случая (10,7%). В группе пациентов, которым применялась лапароскопия после лапаротомии средний возраст составил $55,2 \pm 21,8$ лет. Первыми операциями были: резекция участка ободочной кишки с формированием концевой колостомы по поводу ОКН опухолевого генеза 5 случаев (19,2%); аппендэктомия при деструктивных формах аппендицита 4 случая (15,4%); иссечение язвы ДПК с пилоропластикой 4 случая (15,4%); рассечение спаек при ОКН спаечного генеза 4 случая (15,4%). Средний возраст пациент в группе, где осуществлялась релапаротомия составил $61,5 \pm 15,5$. Первыми операциями у пациентов данной группы были: резекция участка ободочной кишки с формированием концевой колостомы по поводу ОКН опухолевого генеза 9 случаев (16,1%); реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике 7 случаев (12,5%); вскрытие и дренирование забрюшинного абсцесса при панкреатите 7 случаев (12,5%); Ушивание прободной язвы ДПК (желудка), пилоропластика 5 случаев (8,9%); лапароскопический адгезиолизис при ОКН спаечного генеза 4 случая (7,1%); ЛХЭ при о. холецистите 4 случая (7,1%).

Результаты и их обсуждение. Основными показаниями к повторной операции были: клиника перитонита или кишечной непроходимости, значение пресепсина (более 300 нг/мл), уровень С-реактивного белка более 6 мг/л, лейкоцитоз более 11 тыс. (при адекватной АБ-терапии), а также результаты УЗИ живота в динамике (наличие свободной жидкости, расширение петель кишечника). Всё это оценивалось комплексно с учётом индивидуальных особенностей каждого пациента, что позволяло оптимально определить дальнейшую тактику лечения. Показатели летальности были следующими: в группе «релапароскопия» – 6 пациентов (21,4%); в группе «лапароскопия после лапаротомии» – 9 пациентов (34,6%); «релапаротомия» – 26 пациентов (46,4%).

Выводы.

1. Современные технологии позволяют достаточно широко подходить к выбору метода проведения повторной операции при патологии ОБП.
2. Применение видеохирургической техники позволяет существенно снизить послеоперационную летальность в случае необходимости осуществления повторной операции.

Литература:

1. Бебуришвили, А.Г. Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде [Текст] / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц // Эндоскопическая хирургия.- 2006.- №5.- С. 25-29.
2. Григорьев Е.Г. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита [Текст] / Е.Г. Григорьев, С.Л. Колмаков, Е.В. Нечаев // Бюллетень ВСНЦСО РАМН, 2015.- №3 (41).- С. 218-219.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*КОНДРАТЕНКО Г.Г., ВАСИЛЕВИЧ А.П., КУДЕЛИЧ О.А., НЕВЕРОВ П.С.,
ЕСЕПКИН А.В.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск
10-я городская клиническая больница г. Минск*

Актуальность острого панкреатита (ОП) связана с тем, что это заболевание является потенциально смертельным, имеет многочисленные осложнения, затрагивает огромные материальные и трудовые ресурсы. Результаты лечения сегодня не удовлетворяют ни хирургов, ни общество, поэтому во всем мире лечебно-диагностические стандарты при ОП продолжают совершенствоваться.

Материалы и методы. Общая ситуация с данным заболеванием в нашей стране такова, что за последние десять лет число пролеченных больных имеет явную тенденцию к уменьшению – практически в 2 раза. Начиная с 2011 года отмечается также тенденция к уменьшению ежегодного числа операций, что не связано со снижением оперативной активности, которая на протяжении последних десяти лет остается стабильной (10-12%). Согласно официальной статистике число умерших после операций по поводу тяжелого панкреатита снизилось на 30% за последнее 5-летие по отношению к такому же предыдущему периоду. Однако безвозвратные потери при данном заболевании продолжают оставаться большими.

В настоящее время в мировом медицинском сообществе наблюдается смещение принятия клинических решений от субъективных экспертных оценок в сторону максимальной стандартизации рекомендаций по ведению больных. Это относительно новый шаг в организации медпомощи, который позволяет врачу использовать методы и средства только с достоверно

доказанной эффективностью. Эти доказательства базируются исключительно на результатах метаанализов многоцентровых исследований, которые проводятся по нормам международной надлежащей клинической практики (GCP). Мы подвергли анализу международные рекомендации по диагностике и лечению ОП, в настоящем сообщении использованы те рекомендации, которые имеют высокий уровень доказательности.

Обсуждение. Для постановки диагноза ОП (сила рекомендаций 3D) на догоспитальном этапе существует три конкретных основания: выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера; многократная рвота; вздутие живота. Тактика на догоспитальном этапе определена однозначно: пациенты с ОП должны быть доставлены в приемный покой стационара.

В приемном покое при постановке диагноза ОП должно действовать правило «2 из 3-х» (сила рекомендаций 1B): кроме вышеуказанной клинической картины, необходимо исследовать амилазу (или липазу) в крови (более чем трехкратное повышение является основанием для диагноза), а также использовать визуализацию поджелудочной железы (наиболее доступное - УЗИ брюшной полости). Тактика – пациенты с ОП обязательно госпитализируются в хирургический стационар или отделение реанимации.

Кроме диагностики, основной задачей хирурга приемного покоя является определение тяжести ОП. Для этого имеются конкретные критерии, среди них важным считается повышение уровня гемоглобина, который отражает сгущение крови. Наличие тяжелого ОП указывает на необходимость госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Пациентов с легким ОП следует госпитализировать в хирургический стационар и проводить базисную терапию. При этом не рекомендуется обязательное зондирование и аспирация желудочного содержимого,

применение антиферментных лекарственных средств, а также антибиотиков цефалоспоринового ряда. Тактика в этой группе должна быть такова: при отсутствии эффекта от базисной терапии в течение 6-8 часов необходимо констатировать тяжелый ОП и переводить в отделение реанимации.

Наилучший маркер тяжелого ОП – высокие показатели синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Важным является мониторинг ответа на начальную интенсивную терапию в отделении реанимации (например, сохранение ССВО через 48 часов и рост креатинина является фактором риска неблагоприятного исхода, имеющим высокую силу рекомендаций).

При тяжелом ОП адекватное обезболивание и раннее восполнение ОЦК в первые 24 часа достоверно снижает риск развития органных недостаточностей. Агрессивная инфузионная терапия должна проводиться в 1-е сутки: в первый час после поступления вплоть до болюсного введения жидкости, а в последующие 23 часа – 2 мл на кг веса в час (до 6000 мл/сут) в соотношении кристаллоидов и коллоидов – 3:1. По рекомендациям высокой силы предпочтительно использовать раствор Рингера лактата по сравнению с изотоническим раствором натрия хлорида.

Дальнейший темп и контроль адекватности инфузии рекомендациями высокой силы также определен. Оптимальный темп в последующие сутки: 5-10 мл/кг/ч (до 2400-4000 мл/сут) должен преследовать достижение целевых показателей и удерживать их: (ЧСС < 120/мин, САД – 65-85 ммHg, диурез > 0,5-1 мл/кг/ч, гематокрит 35-44%). Более агрессивная инфузионная терапия в последующие сутки может иметь отрицательное значение. Многоцентровыми исследованиями доказано, что она увеличивает летальность, у таких больных чаще развивается сепсис и компартмент-синдром.

Абдоминальный компартмент-синдром при тяжелом панкреатите представляет собой повышение давления в брюшной полости больше 20 мм ртутного столба (при норме 12 мм Hg в мочевом пузыре). Наличие компартмент-синдрома четко ассоциируется с органной недостаточностью, которая является основной причиной летальности при тяжелом ОП. Мероприятия по лечению компартмент-синдрома: желудочный зонд, клизма, прокинетики, эндоскопическая декомпрессия, особенности инфузионной терапии, включая диуретики и ультрафильтрацию, а также адекватную анальгезию (эпидуральная анестезия). Оперативное лечение при данном синдроме должно применяться только по решению консилиума.

Показания, сроки и протокол выполнения компьютерной томографии (КТ) при тяжелом ОП конкретно сформулированы. Применение КТ раньше трех суток от начала заболевания или КТ без контраста является ошибкой, поскольку КТ имеет высокую лучевую нагрузку и это исследование затем нужно будет неоднократно повторять.

Внутривенная антибиотикопрофилактика для предотвращения инфекционных осложнений всем пациентам с ОП не рекомендуется. Например, при легком панкреатите она не нужна. Японские коллеги с высокой силой рекомендаций все-таки указывают на необходимость назначения при тяжелом некротизирующем панкреатите тех антибиотиков, которые хорошо пенетрируют в ткань поджелудочной железы. Было доказано, что фторхинолоны снижают смертность, влияют на риск и сроки инфицирования распространенного панкреонекроза.

Щадящее кормление через рот при легком ОП нужно назначать рано: после снижения интенсивности боли и воспалительного синдрома (то есть на 2-3 сутки). При тяжелом ОП раннее энтеральное зондовое питание предотвращает поражение и атрофию слизистой оболочки кишечника и тем самым снижает риск и отодвигает сроки микробной транслокации и

инфицирования панкреонекроза. Оно должно проводиться не позднее 48 часов от начала заболевания, но при отсутствии застоя в желудке и пареза кишечника.

Стратегия вмешательств при тяжелом панкреатите согласно рекомендаций высокой силы должна основываться на пошаговом эскалационном подходе, состоящем из 3-х позиций:

1) на ранних стадиях – чрескожные пункции и дренирования жидкостных скоплений под контролем УЗИ или КТ;

2) затем один из вариантов малоинвазивных некрэктоми и дренирований;

3) при отсутствии клинического улучшения – открытые полномасштабные некрсеквестрэктоми, санации и дренирования зон инфицирования и секвестрации.

Заключение. Основные моменты клинических рекомендаций, имеющие высокий уровень доказательности, требуют при ОП неукоснительного исполнения, потому что они позволяют наилучшим образом соблюдать последовательность действий на всех уровнях медицинской помощи; принимать правильные решения в выборе методов диагностики, места и характера лечения; фактически являются пошаговой инструкцией по обеспечению высокого качества лечебной помощи, независимо от того, где и кем она оказывается.

Литература:

1. IAP/APA evidence-based guidelines for management of acute pancreatitis 2013. *Pancreatology*, vol. 13, e1–e15.
2. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2006, vol. 13, p. 42–47.
3. Revised Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2015, vol. 22, pp. 433–445.

4. Pezzilini R. Practical Guidelines for Acute Pancreatitis. *Pancreatology*, 2010, vol. 10, pp. 523–535.
5. Recommendations for intensive care management of acute pancreatitis. *Med Intensiva*, 2013, vol. 37, no 3, pp. 163–179.
6. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis Scott Tenner , MD, John Baillie, MB, John DeWitt, MD, Santhi Swaroop Vege, MD. *Am J Gastroenterol* advance online publication, 30 July 2013; doi: 10.1038/ajg.2013.218.
7. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med*, 2013, vol. 39, pp. 1190–1206.

О ПРЕИМУЩЕСТВЕ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*КОРИК В.Е.¹, КЛЮЙКО Д.А.¹, АЛЕКСАНДРОВ С.В.², ЖИДКОВ А.С.¹,
МЕЛКОНЯН Н.Д.², ПОПКОВ Д.А.²*

¹*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

²*УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска*

Лапароскопия получила достаточно широкое распространение в хирургической практике. Экстренная абдоминальная патология представляет сложную диагностическую проблему для хирурга. Решающее значение имеет постановка точного диагноза, что дает возможность назначать адекватное лечение и избежать ненужных лапаротомий. При выполнении лапароскопических операций у пациентов отмечается менее выраженная послеоперационная боль, сокращается время пребывания в стационаре, уменьшаются сроки восстановления и выздоровления. Сюда же следует добавить уменьшение операционной травмы и хороший косметический эффект.

Материалы и методы

В исследование включено 1365 пациентов (462 мужчин, 903 женщин), которым было выполнено 1396 лапароскопических оперативных вмешательств по экстренным показаниям, медиана возраста составила 39 (22; 63) лет. Исследование выполнено на базе учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая больница» г. Минска в период с января 2016 года по январь 2018 года.

Таблица 1. Лапароскопические операции, выполненные по экстренным показаниям.

Вид операции	n (%)
Холецистэктомия	467 (33,5)
Аппендэктомия	337 (24,1)

Вид операции	n (%)
Диагностическая лапароскопия	232 (16,6)
Гинекологические операции	99 (7,1)
Висцеролиз	49 (3,5)
Холецистэктомия с дренированием холедоха	44 (3,2)
Ушивание прободных язв ЖКТ	24 (1,7)
Операции при панкреатите	24 (1,7)
Холедоходуоденоанастомоз	13 (0,9)
Резекция толстой кишки	10 (0,7)
Резекция тонкой кишки	7 (0,5)
Фундопластика по Ниссену	6 (0,4)
Другие операции	84 (6)
Всего	1396 (100)

Результаты и обсуждения

За период выборки было выполнено 467 лапароскопических холецистэктомий, у женщин в 327 (70%) случаев, у мужчин – в 140 (30%). Медиана возраста составила 61 (46; 73) год. Длительность операции составила 60 (50; 90) минут, использовано 4 (4; 4) порта, брюшная полость дренирована 1 дренажем. Было выполнено 6 повторных операций (релапароскопия) по поводу желчеистечения (4) и кровотечения (2). Факторами риска релапароскопий являются: возраст старше 80 лет, ОНМК в анамнезе (RR 8,7 (1,0-72,6), $p=0,05$). Умер 1 (0,2%) пациент с обширным атеротромботическим инфарктом мозга.

Кроме того, по показаниям (холедохолитиаз, гипертензия в биллиарных протоках) было выполнено 44 (8,6%) лапароскопических холецистэктомий с дренированием холедоха, из которых 39 (89%) – по Пиковскому, 5 (11%) – по Холстеду. Длительность операции составила 140 (105; 195) минут. Использовано 4 (4; 5) порта, брюшная полость дренировалась 2 дренажами. Было выполнено 6 релапароскопий по поводу редренирования холедоха. Умерло в послеоперационном периоде 2 (4,5%) пациента с острым некротизирующим панкреатитом.

Было произведено 337 лапароскопических аппендэктомий у 182 (54%) женщин и 155 (46%) мужчин. Длительность операции 50 (40; 70) минут. Использовано 3 (3; 4) порта, брюшная полость дренировалась 1 дренажем. Выполнено 2 релапароскопии по поводу внутрибрюшного кровотечения. Был 1 летальный исход (0,3%), по поводу развившейся у пациента злокачественной гипертермии на миорелаксант.

Выполнено лапароскопически 99 гинекологических операций: 66 (67%) резекции кисты яичника, 21 (21%) коагуляции яичника по поводу апоплексии, а также 12 (12%) удаления яичников, маточных труб, кист и узлов маточных труб и матки, вскрытий тубоовариальных абсцессов. Длительность операции составила 55 (35; 70) минут. Во время операции использовано 3 порта, брюшная полость дренирована 1 дренажем. Выполнена одна (1%) повторная операция по поводу внутрибрюшного кровотечения. Летальных исходов не было.

Лапароскопический висцеролиз при острой спаечной кишечной непроходимости выполнен 49 пациентам (36 (73%) женщин и 13 (27%) мужчин). Длительность операции составила 115 (84; 210) минут. Использовано 4 порта. Брюшная полость дренирована 1 дренажем. Выполнено 4 релапароскопии, по поводу острой спаечной кишечной непроходимости ввиду активного слипчатого процесса. Умерло в послеоперационном периоде 3 (6,1%) пациента (рак желудка с канцероматозом брюшины, острым некротизирующим панкреатитом).

Произведено 24 лапароскопических ушиваний прободных язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), 13 (54%) были по поводу прободной язвы ДПК и 11 (46%) – по поводу прободной язвы желудка. Операция длились 75 (60; 80) минут. Лапароскопия выполнялась через 4 порта, по окончании операции брюшную полость дренировали 2 дренажами.

Выполнена 1 (4,2%) релапароскопия по поводу несостоятельности швов. Летальных исходов не было.

По поводу осложнений острого панкреатита выполнено 24 лапароскопических операций, среди которых 15 (63%) операций дренирования сальниковой сумки и/или забрюшинного пространства с дренированием брюшной полости, 4 (17%) – дренирование кист поджелудочной железы и 5 (21%) операций санации и дренирование брюшной полости. Использовано 3 порта. Брюшная полость дренирована 2 дренажами. Проведено 4 релапароскопии по поводу неадекватного дренирования жидкостных скоплений. Умерло 2 (8,3%) пациента с острым некротизирующим панкреатитом.

За период наблюдения выполнено 13 лапароскопических холедоходуоденоанастомозов. Время операции составило 215 (160; 280) минут. Количество использованных портов 5. Брюшная полость дренирована 2 дренажами. Повторных операций и летальных исходов не было.

По поводу острой кишечной непроходимости (странгуляция, рак), мезентериального тромбоза и дивертикулита выполнено 7 лапароскопически ассистированных резекций тонкой кишки (5 женщин, 2 мужчин). Длительность операции составила 225 (180; 240) минут. Во время операций использовано 4 порта. Брюшная полость дренировалась 1 дренажем. Повторных операций не было. Умер 1 пациент (14,3%) с тромбозом верхней брыжеечной артерии, осложненной гангреной участка тонкой кишки.

Вывод

Лапароскопические операции в экстренной хирургии – эффективный метод лечения пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ПЕРИОДОНТОПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

КОСТЮК С.А., ЮДИНА Н.А., ПОЛУЯН О.С., ЯКОВЛЕВА-МАЛЫХ М.О.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Введение. Заболевания пародонта относятся к числу наиболее распространенных у людей всех возрастных групп, склонны к прогрессированию и являются причиной потери зубов.

Развитие периодонтита наиболее часто ассоциируется с увеличением количества и персистенцией в тканях пародонта следующих видов бактерий 1-го порядка: *Porphyromonas gingivalis* (P.g.), *Tannerella forsythensis* (T.f.), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.), которые обладают высокой степенью адгезии к эпителиальным клеткам и коагрегации с грамположительными бактериями. Бактерии 2-го порядка – *Prevotella intermedia* (P.i.) и *Treponema denticola* (T.d.) – оказывают патогенное действие при значительном увеличении их количества.

Цель работы: изучить видовой состав периодонтопатогенной микрофлоры зубодесневых карманов у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта на основании использования метода ПЦР в режиме реального времени.

Материалы и методы. В исследование включены 55 пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта, проходившие амбулаторное лечение в УЗ «12-я городская клиническая стоматологическая поликлиника». Группу 1 составили 15 пациентов с хроническим сложным периодонтитом, группу 2 – 12 пациентов с хроническим простым

периодонтитом, группу 3 – 12 пациентов с хроническим сложным периодонтитом с агрессивным течением, группу 4 – 16 пациентов с хроническим гингивитом. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, данные регистрировались в стоматологической амбулаторной карте пациента (форма № 043/у-10), оформлялось письменное согласие пациента на взятие материала для исследований. Взятие биологического материала из зубодесневого кармана осуществлялось натошак перед проведением гигиенической чистки полости рта. Бумажный штифт помещался в зубодесневой карман на 10-15 секунд, который затем переносили в герметично закрытый контейнер с транспортной средой. Выявление ДНК P.i., T.f., T.d., A.a. и P.g. проводили с использованием набора реагентов «Дентоскрин» (ООО НПФ «Литех», РФ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «SPSS версия 16» (SPSS Inc.). Для относительных показателей определяли 95% доверительный интервал (ДИ). Критическим принят уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенных исследований в исследуемых группах установлена неоднородность выявления периодонтопатогенных микроорганизмов (таблица 1).

Таблица 1 – Частота выявления микроорганизмов в группах

Возбудитель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
P.i.	20,00±4,40%	33,33±5,66%	33,33±5,66%	25,00±4,90%
T.f.	20,00±4,40%	16,67±4,04%	33,33±5,66%	37,50±5,94%
T.d.	26,67±5,06%	16,67±4,04%	33,33±5,66%	25,00±4,90%
A.a.	33,33±5,63%	25,00±4,92%	41,67±6,29%	0,00%
P.g.	33,33±5,63%	25,00±4,92%	33,33±5,66%	6,25±2,49%

Периодонтопатогенная флора была выявлена в $92,31 \pm 7,96\%$ случаев при периодонтитах; в $68,75 \pm 7,82\%$ случаев при гингивите.

Проведение дальнейшего анализа позволило выявить наличие моно- и микст-инфицирования в зависимости от патологии (рисунок 1).

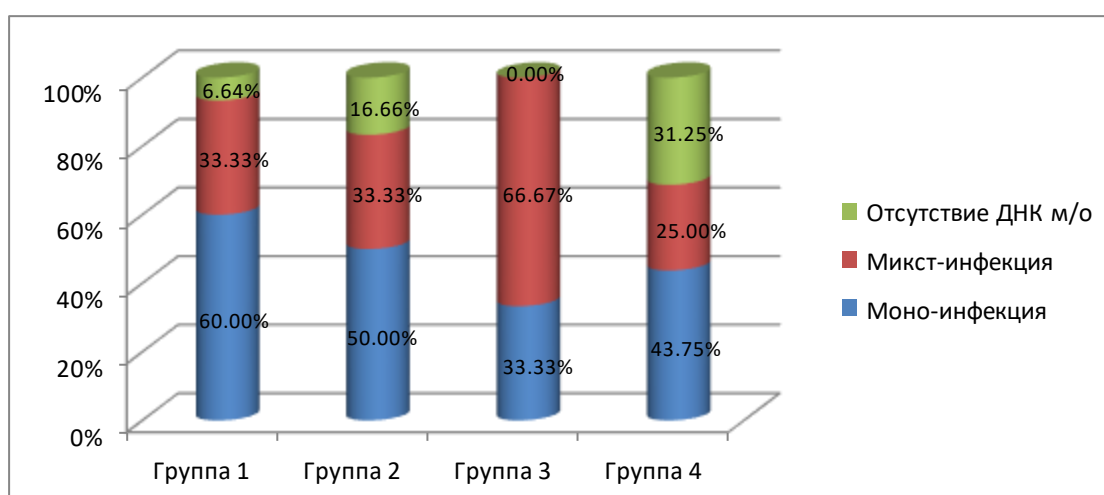


Рисунок 1 – Частота выявления периодонтопатогенных микроорганизмов

Установлено, что микст-инфицирование зубодесневых карманов характерно для всех заболеваний периодонта с различающейся частотой в зависимости от патологии, тогда как отсутствие патогенов в исследуемом биологическом материале было выявлено только при гингивитах. Количество возбудителей в ассоциации составило 2 (только у 1 пациента группы 3 была выявлена ассоциация P.i.+A.a.+ P.g.); наиболее часто при периодонтитах ($n=39$) выявлялась ассоциация микроорганизмов A.a.+ P.g. (в $37,50 \pm 5,94\%$ случаев микст-инфекции).

Заключение. Высокая частота выявления периодонтопатогенной флоры в содержимом зубодесневых карманов свидетельствует об этиологической роли данных микроорганизмов в развитии заболеваний пародонта. Метод ПЦР, обладающий высокими аналитическими характеристиками и скоростью получения результата, следует использовать в алгоритме обследования пациентов стоматологического профиля.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРЕДБРЮШИННАЯ (ТАРР) АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*КУДЕЛИЧ О.А., ПРОТАСЕВИЧ А.И., КАРМАН А.Д., НЕВЕРОВ П.С., ВАСИЛЕВИЧ А.П.,
ЕСЕПКИН А.В., ЧЕРНОМОРЕЦ В.В., БУЗО О.В.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

Актуальность. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств. К настоящему времени известны более 300 способов пластики пахового канала. Это обстоятельство говорит о неудовлетворенности хирургов используемыми методами пластики. Поэтому многие вопросы, особенно связанные с уменьшением числа рецидивов заболевания, остаются не до конца разрешенными.

Цель: Оценить результаты лапароскопической предбрюшинной (ТАРР) аллогерниопластики у пациентов с паховыми грыжами.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 79 пациентов, оперированных по поводу паховых грыж методом ТАРР с января 2017 года по февраль 2019 года на базе 10 ГКБ г. Минска. Всего было выполнено 128 операций ТАРР. Все операции выполнялись по стандартной методике, с фиксацией сетки без края герниостепплером. Методами контроля являлись: анализ данных историй болезни и телефонный опрос пациентов. По телефону было опрошено 30 (38%) пациентов. Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 7.0 «StatSoft Inc.».

Результаты и обсуждение. Все пациенты были мужчины, из них 90% - трудоспособного возраста. Средний возраст составил $48 \pm 10,72$ лет (от 25 до 67). У 49 (62%) пациентов была двусторонняя локализация грыжи, у 30 (38%) – односторонняя. По классификации Nyhus L.M. типы грыж были

следующие: II – 28 (21,88%), IIIА – 84 (65,63%), IIIВ – 9 (7,03%), IV – 7 (5,47%). Среднее время операции при односторонней локализации грыжи составило $100 \pm 32,68$ мин, при двухсторонней – $110 \pm 29,02$. Среднее время операции при прямых типах грыжи (IIIА) было $55 \pm 20,56$ минут, при косых пахово-мошоночных (IIIВ) – $90 \pm 47,27$. Средний послеоперационный койко-день для односторонней грыжи составил $4 \pm 0,99$, для двухсторонней – $5 \pm 1,15$. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде гематома паховой области выявлены у 3 пациентов, серома – у 2-х. Повторных оперативных вмешательств не потребовалось. Послеоперационный период характеризовался ранней активизацией оперированных, которые через 3-5 часов после операции самостоятельно вставали. Послеоперационный болевой синдром в первые сутки адекватно купировался применением ненаркотических анальгетиков. Рецидив грыжи возник в 6 (4,7%) случаях. У одного пациента с двухсторонней локализацией грыжи через месяц после операции возник рецидив слева вследствие отрыва медиального края сетки во время занятия спортом, у 3 пациентов старшего возраста с пахово-мошоночными грыжами – через 2 месяца после операции. В двух случаях причиной рецидива явилось «подворачивание» нижнего края сетки. В 4 случаях рецидива грыжи было выполнено грыжесечение, пластика пахового канала по Lichtenstein, в одном – повторное лапароскопическое вмешательство с предбрюшинной имплантацией протеза. Один пациент от повторной операции воздержался.

Среди опрошенных пациентов 20 (67%) расценивают свое самочувствие как отличное и не предъявляют никаких жалоб. Хронический болевой синдром (1-2 балла) выявлен в 7 (23%) случаях. 3 пациента ощущают инородное тело в области имплантации сетки, среди них 1 – отмечает снижение кожной чувствительности в верхней трети бедра.

Выводы. ТАРР позволяет применять этот вариант малоинвазивного лечения пациентов с различными видами паховой грыжи при соответствующей технической подготовке и мотивации хирургической бригады. Преимуществами операции являются малая травматичность, ранняя реабилитация пациентов и косметичность.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

*КУДЕЛИЧ О.А., ПРОТАСЕВИЧ А.И., КАРМАН А.Д., НЕВЕРОВ П.С., ВАСИЛЕВИЧ А.П.,
ПЛАНДОВСКИЙ А.В., ЕСЕПКИН А.В., ЗАПРУДСКИЙ К.С.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

Актуальность. Лечение острого некротизирующего панкреатита (ОНП) остается сложной и трудоемкой проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Многообразие особенностей течения острого панкреатита затрудняют выбор лечебной тактики. Развитие малоинвазивной хирургии и неудовлетворительные результаты традиционного хирургического лечения при ОНП привели к широкому использованию малоинвазивных технологий.

Цель: оценить эффективность пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ-контролем в комплексном лечении больных острым некротизирующим панкреатитом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 195 пациентов с ОНП за период с 2008 по 2019 годы в 10 ГКБ г. Минска, в ходе лечения которых использовались малоинвазивные хирургические вмешательства под УЗ-контролем. Средний возраст пациентов составил $45,5 \pm 14,2$ лет (95%-ДИ: $42,3 \pm 48,1$ min 21, max 84). Мужчин было 148 (75,9%), женщин – 47 (24,1%). Причиной заболевания большинства пациентов было злоупотребление алкоголем – 71,3% (139 пациентов), у 14,9% имел место билиарный панкреатит. В период до 12 ч с момента заболевания поступили 82 (42,1%) больных. Большая часть больных – 113 (57,9%), госпитализирована через 24 ч с момента заболевания. Всего в анализируемой группе было выполнено 226 малоинвазивных операций.

Показаниями для выполнения вмешательства считали: ферментативный перитонит; наличие жидкостных скоплений и обоснованное клиническое предположение об инфицированном панкреонекрозе, а также отсутствие эффекта от интенсивной терапии.

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 7.0 «StatSoft Inc.».

Результаты и их обсуждение. В зависимости от эффективности малоинвазивных методик пациенты были ретроспективно разделены на две группы: 1-я – только малоинвазивное вмешательство (146 пациентов); 2-я – малоинвазивное вмешательство и традиционное оперативное лечение (49 пациентов). Группы были однородны по возрасту (Т-тест=0,035; $p=0,406$), полу ($\chi^2=0,714$ $p=0,254$), а также по срокам от начала заболевания до госпитализации в стационар (Т-тест=0,209; $p=0,186$). Установлено, что в 1-ой группе средняя длительность лечения в стационаре (27,5 койко-дня; Т-тест = -7,53, $p<0,01$) и послеоперационный койко-день (20,2 койко-дня; Т-тест = -7,2, $p<0,01$) были достоверно меньше чем у пациентов 2-ой группы (52,14 и 42,8 койко-дня соответственно). При анализе данных компьютерной томографии модифицированный КТ индекс тяжести был достоверно выше у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й – 7,05 и 5,79 баллов соответственно (Т-тест = -3,03, $p<0,01$). Таким образом, у пациентов 2-й группы объем поражения поджелудочной железы и выраженность экстрапанкреатических проявлений были достоверно больше, чем у пациентов, где дренирующие операции были окончательным вариантом лечения (Spearman $r = 0,268$; $p=0,012$). Оценку синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) проводили по критериям Bradley. У всех пациентов второй группы развился синдром полиорганной недостаточности, при этом поражение 2-х систем отмечено в 14,3%, 3-х – в 49%, четырех и более – в 36,7% случаев. В 1-й группе СПОН не было у 13,7% пациентов, наиболее

часто отмечалось поражение двух систем – в 32,2% наблюдений. Учитывая полученные данные, нами было установлено, что у пациентов с большим объемом поражения поджелудочной железы чаще развивается поражение нескольких систем органов (Spearman $r = 0,327$; $p < 0,01$).

Выводы

1. В большинстве наблюдений (74,9% – 146 пациентов) применение малоинвазивных технологий в сочетании с комплексной консервативной терапией при ОНП позволило купировать острый процесс и предотвратить развитие других осложнений.

2. Эффективность малоинвазивных методик имеет прямую корреляционную зависимость от объема поражения поджелудочной железы.

3. Применение малоинвазивных пункционно-дренирующих методов в комплексе с консервативной терапией обеспечивает раннюю эвакуацию токсических продуктов, содержащихся в жидкостных скоплениях, что способствует предупреждению полиорганной недостаточности и приводит к сокращению сроков лечения 1,9 раза.

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ГЛАУКОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

КУРИЛЕНКО А.Н.^{1,2}, БОБР Т.В.³

¹Гомельская областная специализированная клиническая больница

²ГУ «Гомельский государственный медицинский университет»

³ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» г. Гомель

Глаукома является одной из наиболее тяжелых и распространенных форм инвалидизирующих зрительных расстройств, занимающая лидирующее место среди причин слепоты и слабовидения. Глаукома занимает одно из ведущих ранговых мест среди причин утраты зрительных функций и в Республике Беларусь. Распространенность ПОУГ увеличивается с возрастом. В то же время, есть основания считать, что лишь половина заболевших знают о своей болезни и только четверть из них получает адекватное лечение [1-3].

С момента диагностики глаукома начинает оказывать отрицательное действие на качество жизни больного. Поскольку это заболевание приводит к потере зрения, установление диагноза глаукома является стрессовым фактором для больного, вызывая беспокойство и тревогу [4].

Цель работы изучить эффективность профилактической образовательной технологии – Школа здоровья для пациентов с глаукомой.

Материалы и методы. На базе офтальмологического консультативно-диагностического поликлинического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы функционирует школа для пациентов с глаукомой. Обучение прошло 186 человек. Средний возраст $63,7 \pm 6,7$ лет. Набор пациентов-курсантов в школу проводится офтальмологом глаукомного кабинета на консультативном приеме. Группы делятся в зависимости от уровня образования, возраста, стажа заболевания. Перед

началом занятий всем пациентам предлагается анонимно заполнить анкету, которая содержит вопросы, касающиеся возраста, профессии, стажа заболевания, режима гипотензивной терапии, сопутствующей патологии. Для оценки качества обучения в школе здоровья для пациентов с глаукомой была разработана анкета, которую пациенты заполняли анонимно после завершения обучения. Результаты оценивались по пятибалльной шкале.

Результаты и обсуждение. Самые высокие баллы получили за ответы-утверждения о полезности информации о заболевании. В результате обучения в Школе здоровья для пациентов с глаукомой уровень информированности достоверно повышается с $35,9 \pm 1,3$ до $47,2 \pm 0,8$ баллов, на 31,5%. Использование информационной образовательной программы для пациентов с глаукомой с участием лечащего врача-офтальмолога увеличивает комплаентность. Существенно изменились установки пациентов и отношение к здоровью: улучшилась мотивация пациентов на выполнение профилактических рекомендаций; снизилось число пациентов, считающих действия медицинского персонала неэффективными; экономический фактор перестал считаться главным препятствием для выполнения рекомендаций врача по оздоровлению. Увеличилось число пациентов, проводящих инстилляционную гипотензивную терапию регулярно (с 58,5 % до 96,7 %). Вдвое уменьшилось число случаев госпитализации по поводу некомпенсированного офтальмотонуса и втрое – с острым приступом глаукомы. В процессе обучения пациенты освоили ряд практических навыков: пальпаторная транспальпебральная оценка офтальмотонуса, обучение инстилляции глазных капель, самоконтроль артериального давления. После участия в обучающих семинарах большинство пациентов (88,4%) готовы вовремя обратиться за медицинской помощью ($p < 0,05$ – по сравнению с исходным уровнем).

Выводы

1. Школа здоровья пациентов с глаукомой – современная перспективная интегрированная технология профилактической помощи населению, направленная на повышение качества жизни.

2. Обучение пациентов с глаукомой в Школе здоровья достоверно повышает уровень медицинской информированности по сравнению с исходным.

3. Повышение информированности пациентов о заболевании способствует усилению мотивации к ответственному отношению к своему здоровью, оздоровлению, повышению комплаентности.

Литература:

1. Имшенецкая, Т.А., Сохранение качества жизни у пациентов, страдающих терминальной глаукомой / Т.А. Имшенецкая, Г.В. Вашкевич // Рецепт .– 2009. – № 2. – С. 173 - 176.
2. Quigley, H.A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020/. H.A. Quigley, A.T. Broman // Br. Ophthalmol. – 2006.– Vol.90.– P. 262-267.
3. Бирич, Т.А. Глаукома как социальная проблема в Беларуси / Т.А. Бирич // X съезд офтальмологов Украины: Тез. докл. – Одесса, 2002.– С. 171- 172.
4. Группа исследования СИЛНГ. Депрессия и показатели настроения у пациентов с недавно диагностированной глаукомой / Х.Д. Жампел [и др.] // Ам. офтальмолог. журнал. – 2007. – С. 238 - 244.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*НЕВЕРОВ П.С., ВАСИЛЕВИЧ А.П., ИГНАТОВИЧ И.Н., КУДЕЛИЧ О.А., КАРМАН А.Д.,
КОЗЛОВСКИЙ Д.С., РУДОМИН С.А.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Актуальность. Ежегодно в мире диагностируется более 500 тысяч новых случаев колоректального рака, при этом запущенные формы диагностируются у 62,4 – 71,4% больных. Пациенты с осложненными формами колоректального рака как правило госпитализируются в хирургические стационары по месту жительства.

Цель: провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения колоректального рака в условиях общехирургического многопрофильного стационара.

Материал и методы. Проведен анализ медицинских карт 192 пациентов с осложненным колоректальным раком, проходивших лечение в УЗ «10-я ГКБ» в 2013-2017 годах, а также анализ отдаленных исходов. Основные виды осложнений: кишечная непроходимость (n=104; 54,2%), перфорация опухоли и перитонит (n=21; 10,9%), кровотечение (n=58; 30,2%), другие (внутренние и наружные свищи, мезотромбоз) – 9 (4,7%). В группе А (n=18) удаление опухоли не проводилось, операция завершена выведением декомпрессивной стомы или наложением обходного соустья. В группе Б (n=93) была выполнена резекция кишки с опухолью; в случае завершения операции выведением стомы пациенты отнесены к подгруппе Б1 (n=53), при формировании первичного анастомоза – к подгруппе Б2 (n=40). Статистическую обработку данных проведена с использованием «IBM SPSS Statistics 23».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст $68,9 \pm 0,82$ (M \pm m) лет. Мужчин было 100 (52,1%). В 23 случаях явления непроходимости разрешились лечебно-диагностическим приемом. У 1 больного выполнено эндоскопическое стентирование. У 49 пациентов кишечное кровотечение остановлено консервативными мероприятиями, 5 случаев признаны инкурабельными. Оперировано 111 (57,3%): 82 по поводу непроходимости, 20 – по поводу перфорации и перитонита, 4 – по поводу распада опухоли и кровотечения, 5 по поводу других осложнений.

Средний возраст пациентов группы А $63,6 \pm 2,63$ года, группы Б – $70,2 \pm 1,16$ лет ($U=1139,5$ $p=0,015$). Пациенты обеих групп не имели достоверных различий по полу ($U=1044$ $p=0,055$), категориям N ($U=616,5$ $p=0,062$) и M ($U=645$ $p=0,097$). В группе А имело место большее распространение первичной опухоли: T4 – 7 (38,9%) и Tx – 6 (33,3%) случаев; в группе Б преобладало распространение T3 – 53 (57%) случаев ($U=589,5$ $p=0,031$). Пациенты групп Б1 и Б2 не имели достоверных различий по полу ($U=1024$ $p=0,744$), категориям TNM: T ($U=981,5$ $p=0,496$), N ($U=888$ $p=0,156$), M ($U=1152,5$ $p=0,432$). В группе А все пациенты выписаны с улучшением, в группе Б умерло 15 (16,1%) пациентов ($U=672$, $p=0,042$).

В подгруппе Б1 правосторонняя гемиколэктомия выполнена 29 (72,5%) пациентам, левосторонняя – 10 (25%), резекция поперечной ободочной кишки – 1 (2,5%). В подгруппе Б2 правосторонняя гемиколэктомия – 6 пациентам (11,3%), левосторонняя – 45 (84,9%), резекция поперечной ободочной кишки – 2 (3,8%). В подгруппе Б1 умерло 10 пациентов (18,9%); в подгруппе Б2 – 5 (12,5%) ($U=1127,5$ $p=0,411$).

После выписки пациенты состояли на учете в МГКОД. Повторно оперировано 57 (31%) пациентов. В группах А и Б1 повторное вмешательство потребовалось у 20 и 35% пациентов соответственно, и у 5,8% пациентов группы Б1. Радикальное вмешательство проведено 43

(23,4%) пациентам: резекция кишки с опухолью и стома – 23, резекция кишки с опухолью и первичный анастомоз – 10, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 10. Выведение декомпрессивной стомы проведено в 14 случаях. Группы не имели различий по охвату пациентов лучевой и химиотерапией (группы А и Б – $U=978$, $p=0,070$; Б1 и Б2 – $U=1089,5$, $p=0,181$).

В группе А в течении первого года умерло 9 (50,0%) пациентов, в течении второго года - 2 (11,1%). В группе Б в течении первого года – 34 (36,6%) пациента, в течении второго года - 11 (11,8%). Средняя продолжительность жизни после хирургического лечения в группе А составила 3,5 года, в группе Б – 3 года ($U=809$, $p=0,993$). В группе Б1 в течении первого года умерло 12 (30%) пациентов, в течении второго года - 4 (10,0%), в группе Б в течении первого года – 22 (41,5%) пациента, в течении второго года - 7 (13,2%). Средняя продолжительность жизни после хирургического лечения в группе Б1 – 2 года 11 месяцев, в группе Б2 – 3 года 1 месяц ($U=921,5$; $p=0,507$).

Выводы:

1. Кишечная непроходимость является наиболее частым осложнением колоректального рака.

2. В условиях общехирургического стационара паллиативные хирургические вмешательства без удаления первичной опухоли (при отсутствии перитонита, неконтролируемого кровотечения) демонстрируют лучшие ближайшие результаты лечения.

3. При удалении опухоли не отмечено достоверных различий уровня послеоперационной летальности при формировании декомпрессивной стомы или первичного анастомоза.

4. Радикальность первичной операции существенно не влияет на отдаленные результаты лечения колоректального рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЫ АНАЛИЗА ОСУЩЕСТВИМОСТИ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ

ОШАРИН В.В.¹, ПИЛИПОВИЧ Ж.З.¹, ГАПЕЕНКО Е.В.², СТУКАЛОВА И.В.²,

МАВРИЧЕВ С.А.², ХОРЕВИЧ Е.Н.¹

¹Учреждение здравоохранения «Минская центральная районная больница»

(далее – УЗ «Минская ЦРБ»),

²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и
медицинской радиологии им.Н.Н.Александрова»

(далее – РНПЦ ОМР им.Н.Н.Александрова)

Введение. Рак шейки матки занимает в Беларуси пятое ранговое место по заболеваемости (мировой стандарт) после рака молочной железы, колоректального рака, рака тела матки и рака щитовидной железы. Стандартизированный показатель заболеваемости инвазивным раком шейки матки стабилизировался на протяжении 2007-2016 годов на уровне 12,6-12,8 на 100 тысяч женского населения. Стандартизированный показатель смертности незначительно снизился с 4,6 на 100 тысяч женского населения в 2007 г. до 4,4 на 100 тысяч в 2016 г., однако превышает аналогичные показатели европейских государств с высоким уровнем доходов. Цитологический скрининг рака шейки матки был внедрен в Беларуси еще в конце 70-х годов, однако используемый метод окраски по Романовскому-Гимзе был признан субоптимальным экспертами ВОЗ в 2016 году вследствие низкой чувствительности и специфичности (частота выявления CIN II+ в 2016 г. составила 0,17%); было рекомендовано перейти на иной скрининговый тест (Пап-тест или ВПЧ-тестирование).

Материалы и методы исследования. Первый в Республике Беларусь проект по анализу осуществимости скрининга рака шейки матки с

применением тестирования на вирус папилломы человека высокого онкогенного риска (далее – ВПЧ-тест) был начат в 2017 году среди женщин в возрасте 25-65 лет, жительниц Боровлянского сельсовета Минского района, которым предлагалось пройти ВПЧ-тест. Применялись тест-системы «Abbott RealTime High Risk HPV» (14 типов ВПЧ; Abbott Laboratories, США) и «АмплиСенс® ВПЧ ВКР скрин-титр-FL» (12 типов ВПЧ; ИнтерЛабСервис, Россия).

Информация о женщинах целевой группы была получена из информационной системы УЗ «Минская ЦРБ», их численность составила 19 245 человек; приглашение для прохождения скрининга осуществлялось лично или по телефону. Охват целевой группы приглашениями, а также доля явившихся из числа приглашенных не оценивались. В настоящей публикации представлены результаты исследования за период с октября 2017 г. по декабрь 2018 г.

Результаты. ВПЧ тестирование прошли 1507 женщин, положительные результаты тестирования наблюдались у 14,1% обследованных (212 женщин). Женщинам с положительным результатом теста предлагалось пройти кольпоскопию и, при необходимости, биопсию. Дообследование прошли 123 женщины (58,0% от числа женщин с положительным результатом скринингового теста). По данным кольпоскопии и биопсии выявлено 15 случаев цервикальной интраэпителиальной неоплазии (далее – CIN) I степени, 7 случаев CIN II, 2 случая CIN III и 2 случая инвазивного рака в I стадии. Частота выявления патологических изменений уровня CIN II и выше составила 0,73% (11 из 1507 обследованных). Положительная предсказательная способность ВПЧ-тестирования для выявления CIN II и выше составила 5,2%.

Выводы. Начальная фаза анализа осуществимости ВПЧ-тестирования в рамках скрининга рака шейки матки продемонстрировала статистически

значимо более высокую частоту выявления патологических изменений уровня CIN II и выше в сравнении с традиционным цитологическим исследованием с окраской по Романовскому-Гимзе (0,73% и 0,17%; $p_{\chi^2} < 0,001$). Целесообразно продолжить исследование для подтверждения полученных результатов на более крупной выборке.

РОЛЬ САМОЛЕЧЕНИЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ПОЧТАВЦЕВ А.Ю., АЛЕКСЕЙЧИК С.Е., ПАНКРАТОВА Ю.Ю.,

РАЕВНЕВА Т.Г., ТАРАСИК Л.В., БОГАЧЕНКО Е.В.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск¹

УЗ «10-я городская клиническая больница» Минск, Республика Беларусь²

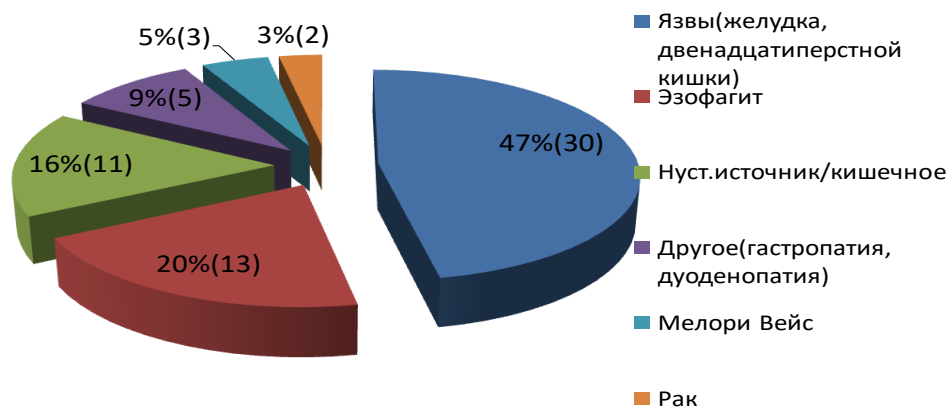
Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения занимают первое место в структуре причин летальности пациентов с гастродуоденальной патологией, являясь одной из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии. Несмотря на расширение диагностических и терапевтических возможностей, риск возникновения кровотечений и их опасность для жизни все еще достаточно высоки. В этой связи прогнозирование ЖКК путём изучения факторов риска, способствующих их развитию, имеет важное практическое медико-социальное значение, направленное на снижение летальности при данной патологии. Создание прогностических вариантов развития гастродуоденальных кровотечений может способствовать их ранней профилактике и своевременной диагностике.

Цель: Изучить влияние бесконтрольного приёма НПВС на возникновение желудочно-кишечных кровотечений.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе отделения желудочно-кишечных кровотечений УЗ «10-ая Городская клиническая больница» г. Минска. В исследование были включены 64 пациента с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Мужчины 65% (43 человека), женщины 35% (19 человек). Средний возраст пациентов: 49±4(лет). Средний возраст мужчин: 48±4(лет). Средний возраст женщин: 58±9(лет).

Для оценки исследования использовались следующие методы: анамнез, лабораторно-инструментальные методы исследования.

Данные по основным причинам кровотечений представлены на рисунке 1.



34% из них составили пациенты с НПВС – индуцированными кровотечениями

Рис. 1. Причины кровотечения

Половой состав пациентов с кровотечениями, индуцированными приемом нестероидных противовоспалительных средств и кровотечениями, не связанных с их приемом представлен на рисунке

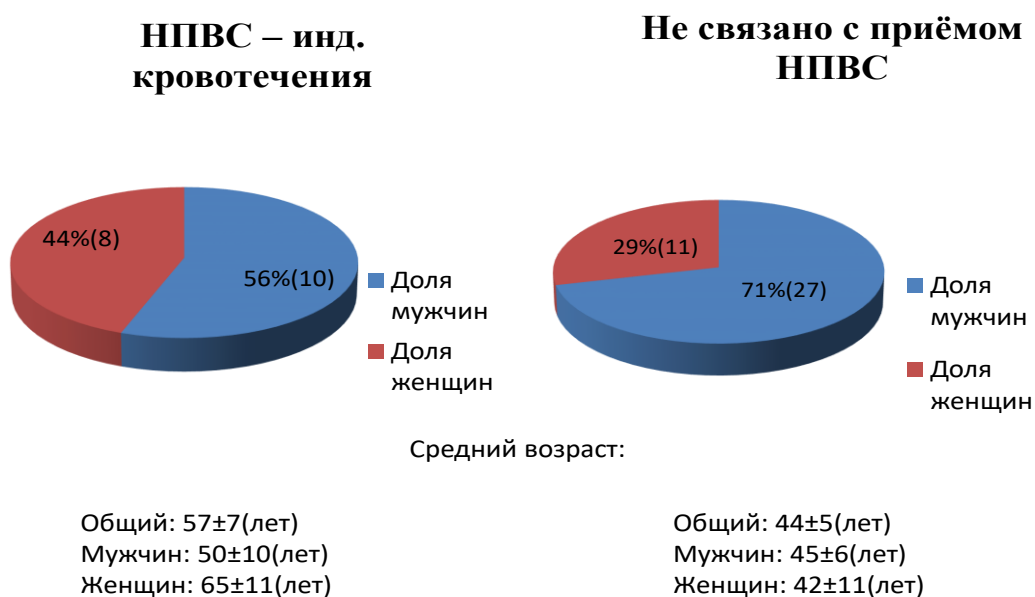


Рис. 2. Половой состав пациентов

Данные по лекарственным средствам, которые принимали пациенты обеих групп, в виде монотерапии либо комбинированной терапии, по назначению врача или без него представлены в таблице 1.

НВПС – инд. Кровотечения		Не связано с приёмом НПВС	
Препараты	%	Препараты	%
Ацетилсалициловая кислота	94*	Ацетилсалициловая кислота	24*
НВПС	89*	НВПС	53*
Исключительно по назначению	11*	Исключительно по назначению	5*
Комбинировали с/без назначения	72*	Комбинировали с/без назначения	55*

* - $P < 0,05$ – статистически значимые результаты

ВЫВОДЫ

1. НПВС – ассоциированные кровотечения наблюдались в 34% случаев. Из них в 89% случаев кровотечения были индуцированы самостоятельным приёмом НПВС.

2. Факторами риска развития желудочно-кишечных кровотечений, ассоциируемых с приёмом НПВС, являются: мужской пол, возраст старше 40-ка лет, а вероятность появления кровотечений у больных пожилого возраста значительно выше, достигая 70–90 % случаев, наличие желудочно-кишечных кровотечений в анамнезе.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ЯИЧНИКОВОЙ ВЕНЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

РУБАХОВА Н.Н., ДЯДИЧКИНА О.В., ФЕДОТОВА Э.В.,

СТАСЕВИЧ С.М., РУБАХОВ К.О.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,

²УЗ «1-я городская клиническая больница», г. Минск,

³ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск

Тромбоз яичниковой вены относится к тромбозам редких локализаций, впервые описан в литературе в 1909 году. Овариальный тромбоз возникает во время родов или в первые семь дней после них, с частотой 1:600 и 1:2000 случаев соответственно. В 80-90% случаев тромбируется правая яичниковая вена, что связано с большей ее длиной по сравнению с левой, наличием ретроградного кровотока в левой яичниковой вене. Клиническая симптоматика тромбоза яичниковой вены неспецифична, в ряде случаев может отсутствовать. В тоже время прогрессирование тромбоза ведет к распространению его на нижнюю полую вену, что потенциально может привести к такому серьезному осложнению как тромбоэмболия легочной артерии. Трудности диагностики, высокий риск фатальных осложнений определили актуальность описания и анализа случая тромбоза правой яичниковой вены с формированием флотирующего тромба в нижней полую вену в послеродовом периоде.

Пациентка Т., 32 года, поступила в учреждение здравоохранения «1-я городская клиническая больница» для родоразрешения в доношенном сроке беременности в январе 2018 года. Соматический анамнез был отягощен оперативным лечением щитовидной железы по поводу узлового зоба, хроническим гастритом, хроническим тонзиллитом. Первая беременность завершилась срочными оперативными родами в 2014 году. Настоящая

беременность вторая. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в сроке 13-14 недель гестации, острым бронхитом, кольпитом. В течение беременности выявлены эпизоды неустойчивой пароксизмальной тахикардии, в связи с чем был назначен соталолол. При поступлении в стационар было проведено клинико-лабораторное обследование согласно клиническому протоколу, патологии не выявлено. Пациентка была родоразрешена в плановом порядке путем операции кесарево сечение, которое выполнено без технических сложностей. В послеоперационном периоде назначена антибактериальная терапия и низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 5-е послеоперационные сутки выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза в плановом порядке. Патологии со стороны матки и придатков не установлено. В забрюшинном пространстве выше места слияния общих подвздошных вен было выявлено интимно прилежащее к нижней полой вене образование размером 41 на 34 мм, округлой формы, с ровным четким контуром, с неоднородной эхогенностью, дающее начало лентовидному тромбу, свободно флотирующему в нижней полой вене и заканчивающемуся прямо перед правым предсердием. Подвздошные вены, вены нижних конечностей проходимы, без признаков тромбообразования. Для уточнения диагноза выполнена спиральная компьютерная томография с контрастированием органов грудной, брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза. Выявлено варикозное расширение и тромбоз правой яичниковой вены, тромб в нижней полой вене до уровня правого предсердия. Патологических изменений в общем анализе крови, биохимическом анализе крови выявлено не было. Показатели гемостазиограммы были в норме, за исключением уровня Д-димеров (1085 нг/мл). На основании данных лабораторно-инструментального обследования был выставлен диагноз

тромбоза правой яичниковой вены с переходом на супраренальный отдел нижней полой вены с флотацией в правое предсердие. Для дальнейшего лечения и наблюдения пациентка была переведена в РНПЦ «Кардиология», где, принимая во внимание сроки образования тромба, реальность угрозы развития ТЭЛА, радикальность и эффективность хирургического вмешательства решено ограничиться консервативной терапией с динамическим ультразвуковым контролем.

Важными факторами, способствующими развитию ассоциированных с беременностью тромбозов, являются такие физиологические изменения, как гиперкоагуляция, гормонально обусловленное повышение емкости вен и снижение венозного оттока, механическое сдавление вен увеличенной маткой. К факторам, повышающим риск тромбозов во время беременности и после родов относятся: возраст старше 35 лет, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение, а также ряд осложнений течения беременности и родов как многоплодная беременность, гестационный диабет, преэклампсия, родоразрешение путем кесарева сечения, послеродовая инфекция. В описанном нами случае фактором риска развития тромбоза явилось абдоминальное родоразрешение. Обращает на себя внимание неспецифичность клинической картины тромбоза яичниковой вены, в связи с чем в послеродовом периоде ультразвуковое исследование не должно ограничиваться только осмотром матки и придатков.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

СЕМЕНОВА Ю.А.

БелМАПО – кафедра хирургии

Введение: Знание анатомических вариантов сосудистых структур печени играет важную роль в общей хирургии, особенно в хирургии гепатобилиарной зоны, при трансплантации печени, лапароскопических вмешательствах и лечении проникающих повреждений печени.

Первое описание анатомических вариаций печеночных артерий опубликовано в 1756 г. Классификации, описывающие сосудистые вариации печени, были предложены многими авторами, включая В. Adachi в 1928 г., N.A. Michels в 1966 г., J.R. Hiatt в 1994 г., S.S. Abdullah в 2008 г. Несмотря на изучение вариаций отхождения печеночных артерий столь длительный период, остаются редкие анатомические варианты артерий печени, которые не вошли в данные классификации.

Цель: проанализировать данные литературы, описывающие структуру сосудов гепатобилиарной системы и их значение в хирургии.

Материалы и методы: Анализ данных литературы показал, что существует множество классификаций, но самая эффективная для практического хирурга та, которая была предложена N. Michels, и состоит из 10 типов анатомии печеночных артерий на основании результатов 200 аутопсий. Многие исследователи дополняют данную классификацию 11-м типом, который предусматривает остальные варианты, не вошедшие в классификацию. Рассмотрим классификацию N. Michels как наиболее распространенную.

Тип 1 по классификации N. Michels – собственная печеночная артерия отходит от общей печеночной и делится на правую и левую печеночные артерии. Встречается данный вариант в 55% случаев. Тип 2 – перемещенная

левая печеночная артерия отходит от левой желудочной артерии, частота встречаемости – 10%. Тип 3 – перемещенная правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии, встречаемость 11%. Тип 4 – перемещенная левая печеночная артерия отходит от левой желудочной артерии, перемещенная правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной – 1%. Тип 5 – добавочная левая печеночная артерия отходит от левой желудочной артерии – 8%. Тип 6 – добавочная правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии – 7%. Тип 7 – добавочная правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии и добавочная левая печеночная артерия отходит от левой желудочной артерии – 8%. Тип 8 – перемещенная правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии и добавочная левая печеночная артерии отходит от левой желудочной артерии – 2%. Тип 9 – общая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии. Тип 10 – общая печеночная артерия отходит от левой желудочной артерии. 9 и 10 типы встречаются по 3% каждый. Пример 11 типа: правая печеночная артерия отходит от средней ободочной артерии. Описан в литературе как единичный случай.

Заключение: Знание редких анатомических вариантов печеночных артерий занимает значимое место в планировании и выполнении оперативных вмешательств не только на печени, но и в смежных областях и помогает снизить осложнения, связанные с повреждением сосудистых структур ввиду наличия вариабельности артерий печени.

**АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ:
ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

СУЩЕВИЧ В.В., КОРОЛЬКО А.С.

1-УЗ «Минская областная клиническая больница» а.г. Лесной, Беларусь

2- ООО «ЛЮДЭ», г.Минск, Беларусь

Исходя из общих методологических принципов и требований к автоматизированным системам нами предпринята попытка разработать АРМ регионального (областного) уровня «Автоматизированная система мониторинга, контроля и первичной профилактики дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава».

Данная система является АРМом и предназначена для сбора, аналитической обработки и передачи на вышестоящий уровень информации по заболеваемости, мониторингу динамики патологического процесса у пациента, своевременной корректировке лечения, также позволяет оценивать его эффективность, постоянно наблюдать за больным, с целью максимального сохранения его качества жизни в дооперационном периоде.

АРМ позволяет работать на разных уровнях системы здравоохранения от фельдшерско-акушерского пункта до уровня областной клинической больницы. Цель и задачи данной автоматизированной системы вытекают из ее названия.

Цель: максимальное сохранение физической активности человека и качества его жизни. Главная задача данной системы – препятствовать прогрессированию заболевания, путем мониторингования состояния суставов, своевременного применения профилактических, лечебных неинвазивных и инвазивных методов, препятствовать как отрицательной динамике

заболевания с переходом в более тяжелую стадию анатомического и функционального нарушения, так и избежать или отодвинуть на максимально возможный срок оперативное вмешательство, естественно с учетом качества жизни и функции суставов пациента.

Система этапного мониторинга базируется на использовании известных профилактических мероприятий (инструктирование, диета, рекомендации по снижению веса), базовой терапии (ЛФК, хондропротекторы), дополнительной неинвазивной (НПВС) и инвазивной терапии (внутрисуставное введение хондропротекторов, гормональных препаратов).

Первый опыт рационального применения системы этапного мониторинга показал её эффективность как на ранних стадиях заболевания, так и при значительном прогрессировании остеоартроза тазобедренного сустава.

Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава имеют высокий уровень и неуклонную тенденцию к росту. Более половины человечества (55,0 %) представляют группы риска, обусловленные широко распространенными заболеваниями (остеохондрозы, артрозы, остеоартрозы, остеопорозы) с явной тенденцией к их росту. По данным российских исследователей данная группа болезней составляет более одной трети всех амбулаторных обращений за медицинской помощью к врачам различных специальностей и это при том, что 70 % из числа болеющих лечатся самостоятельно и только 30 % - доходят до врача. Аналогичная ситуация и в Беларуси. На первом месте в структуре этих заболеваний стоят дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания крупных суставов и позвоночника. Коксартроз – одно из них. Уровень первичной заболеваемости остеоартрозом тазобедренных суставов за анализируемый период с 2012 по 2018 г.г. всего населения (18 лет и старше) по Минской

области имел тенденцию к росту ($A_1 = +0,10 \text{ ‰}$) при среднемноголетнем показателе $A_0 = 1,06 \pm 0,03 \text{ ‰}$. Наиболее низкий уровень первичной заболеваемости отмечен в 2012 г. ($0,88 \pm 0,03 \text{ ‰}$), а наиболее высокий в 2016 г. ($1,28 \pm 0,03 \text{ ‰}$).

Уровень первичной заболеваемости за анализируемый период в группе «Старше трудоспособного возраста» составил в среднем $2,60 \pm 0,08 \text{ ‰}$ и достоверно выше ($d = 1,95 \pm 0,09 \text{ ‰}$, $P < 0,05$) среднего уровня заболеваемости в группе «Трудоспособный возраст» $0,65 \pm 0,03 \text{ ‰}$. Наибольший уровень первичной заболеваемости в группе «Старше трудоспособного возраста» был зарегистрирован в 2016 г. ($2,60 \pm 0,08 \text{ ‰}$), наименьший в 2012 г. $-1,55 \pm 0,07 \text{ ‰}$.

Большинство клинических исследований, что свидетельствует по публикациям, направлено на совершенствование технологий эндопротезирования тазобедренного сустава. Однако, лечебно-профилактические мероприятия могут значительно отодвинуть срок оперативного вмешательства с сохранением качества жизни больного – это и есть основная функциональная цель данной автоматизированной системы.

Следовательно, подобные профилактические мероприятия требуют внимания и проработки.

ТРЕПАНОБИОПСИЯ МЫШЦ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ФЕДОРЕНКО С.В., КЛЮЙКО Д.А., КОРИК В.Е., ЖИДКОВ А.С., ПОПКОВ Д.А.

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УЗ «2-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

Введение. Общая распространенность заболеваний периферических артерий варьируется в пределах 3-10%, возрастая до 15-20% среди больных старше 70 лет. ОАСНК приводит к утрате трудоспособности и инвалидизации, неблагоприятному прогнозу в отношении качества и продолжительности жизни пациентов.

Цель. Показать возможность применения трепанобиопсии мышц голени для определения степени ишемии конечности и выбора тактики лечения.

Материалы и методы. На базе отделения гнойной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска у 8 пациентов выполнена трепанобиопсия мышц голени при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей под УЗИ-контролем биопсийным пистолетом BARD Magnum (G18). Всех пациентов разделили на 3 группы в зависимости от степени хронической артериальной недостаточности по Фонтейну-Покровскому: 2 пациента с ХАН 2 степени, 2 пациента с ХАН 3 степени, 4 пациента с ХАН 4 степени. Из биопсийного материала были приготовлены микропрепараты, окрашенные гематоксилин-эозином, Микроскопия проводилась микроскопом Leica DM2500, увеличение 400. Для анализа полученных микропрепаратов использовался индекс морфологических изменениях мышц (ИМИМ): преднекротические изменения отсутствуют – 0

баллов, исчезновение поперечной исчерченности – 1, участки глыбчатого распада - 2, распространенный глыбчатый распад или некроз отдельных волокон – 3, очаговые некрозы – 4, выраженные некрозы 5; клеточная инфильтрация отсутствует – 0 баллов, скудная – 1, очаговая – 2, выраженная – 5; блокада микроциркуляторного русла отсутствует – 0 баллов, единичные – 3, умеренное или большое количество - 5. Анализ полученных данных производился в программе Statistica 6.0 методом ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. На микроскопическом исследовании пациентов с ХАН 2 степени выявлено отсутствуют некротические изменения мышц, слабовыраженная пролиферация сосудов микроциркуляторного русла, минимальное разволокнение мышц, слабовыраженный периваскулярный склеролипоматоз (ИМИМ до 1 балла); у пациентов с ХАН 3 степени выявлено очаговое исчезновение поперечной исчерченности мышц, незначительная лейкоцитарная инфильтрация, склероз стенки артериол, умеренно выраженный периваскулярный склеролипоматоз (ИМИМ от 2 до 3 баллов); у пациентов с ХАН 4А степени выявлено выраженная лейкоцитарная инфильтрация и пролиферация сосудов микроциркуляторного русла, разволокнение мышц, глыбчатый распад, исчезновение поперечной исчерченности мышц (ИМИМ от 4 до 8 баллов). Выявлена прямая корреляция высокой силы ($r=0.73$, $p=0.01$) между степенью выраженности артериальной недостаточности и микроскопической картиной, стандартизированной с помощью индекса морфологических изменений мышц.

Выводы.

1. Дистрофические изменения в мышцах и изменения в сосудах микроциркуляторного русла прямо коррелируют со степенью хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей.

2. Трепанобиопсия позволяет точно определить морфологические изменения в мышцах голени при хронической артериальной недостаточности.

3. УЗИ–контроль, при выполнении трепанобиопсии мышц голени, минимизирует количество возможных осложнений.

4. Данные гистологического исследования трепанобиоптатов мышц голени позволяют объективно оценивать результаты оперативного и консервативного лечения при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей с выбором наиболее эффективного метода.

5. Результаты гистологического исследования трепанобиопсии мышц голени позволяют прогнозировать уровень ампутации конечности перед операцией.

НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЛОСКУТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ГОЛЕНИ

ФЕДОРОВ К.А.², СУХАРЕВ А.А.², БОГДАН В.Г.¹

¹Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Для практического хирурга, ежедневно встречающегося с ранами, возникшими первично или после хирургических вмешательств всегда существовал достаточный арсенал методов восстановления непрерывности кожного покрова. Однако со временем выявились такие области, в которых с дефектами мягких тканей справиться сложнее, чем в других. Одной из таких областей является дистальный сегмент нижней конечности: голень и голеностопный сустав, пяточная область, стопа. В большой степени это связано с анатомическими особенностями: тонкая кожа, предрасположенная к травматизации за счет физиологических зон нагрузки, малое количество подкожной жировой клетчатки, подкожное расположение плотных и подвижных анатомических структур (лодыжки, пяточная кость, ахиллово и другие сухожилия), венозная система с развитым клапанным аппаратом, артериальная сеть, реагирующая как на острую травму (в том числе операционную), так и на хронические заболевания. На фоне такого комплекса, зачастую традиционные методы становятся или неприемлемыми (первичный, вторичный шов, пластическое закрытие местными тканями или расщепленным перфорированным лоскутом), либо требуют лечения в специализированных стационарах реконструктивного направления.

Одним из перспективных направлений в реконструктивной хирургии нижней трети голени и стопы является трансплантация нейроваскулярных лоскутов (НВЛ) на дистальном основании. НВЛ - васкуляризованный тканевой комплекс без магистрального питающего сосуда, кровоснабжение которого происходит за счет регионарных мышечно-кожных перфорантов и их связей в разных слоях лоскута и питающей ножке. Питание суралис-лоскута осуществляется от межмышечных перфорантов малоберцовой артерии, формирующих собственную сосудистую сеть икроножного нерва и малой подкожной вены. Питающими сосудами сафенус-лоскута являются мышечно-кожные перфоранты задней большеберцовой артерии, которые образуют собственную сосудистую сеть для подкожного нерва и большой подкожной вены нижней конечности.

Цель. Повышение клинической эффективности применения нейроваскулярных лоскутов в лечении пациентов с последствиями огнестрельных ранений нижних конечностей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 25 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» с повреждениями голени и стопы, сопровождавшимися значительным дефектом мягких тканей. Реконструктивные операции проводились в срок от 10 до 45 суток с момента получения травмы.

Всем пациентам с дефектом мягких тканей на передней поверхности голени выполняли пластику суральным НВЛ. У пациентов с локализацией процесса в области ахиллова сухожилия, пяточного бугра и края подошвенной поверхности стопы была проведена пластика сафенус НВЛ.

Непосредственно перед оперативным вмешательством наносили разметку предполагаемого лоскута с указанием его размеров, оси сосудистого пучка и точки ротации. Забор лоскута проводили по

классической методике начиная от проксимального конца лоскута в направлении точки ротации.

Результаты и обсуждение. С целью повышения эффективности в технологию выполнения существующей методики применения НВЛ внесены изменения:

- до операции всем пациентам выполняли ультразвуковое доплеровское сканирование сосудов нижней конечности по разработанной методике с целью определения степени проходимости глубоких и поверхностных вен, а также уровня расположения перфорантов и их состоятельность;

- при необходимости для подготовки раневой поверхности к кожно-пластической реконструкции использовали VAC-системы;

- не смотря на анатомическую особенность расположения сурального нерва (может входить в лоскут или ножку достаточно низко), целесообразно его включение в состав ножки в качестве основной линии кровоснабжения;

- в случае визуализации более одного ствола малой подкожной вены необходимо включение в состав ножки лоскута максимально возможного количества сосудистых образований;

- при выделении и заборе лоскута над его сосудистой ножкой сохраняют участок кожи;

- все мышечно-кожные перфоранты в области нижней трети ахиллова сухожилия и далее по направлению к наружной лодыжке полностью сохраняются;

- антисептические средства, применяемые для обработки послеоперационной раны не должны обладать гидрофильными свойствами.

В рамках выполнения инициативной научно-исследовательской работы «Совершенствование направлений диагностики и комплексного лечения пациентов с посттравматическими дефектами мягких тканей конечностей» кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО

«Белорусский государственный медицинский университет» (номер государственной регистрации 20170424, срок выполнения 2017 – 2021 гг.) разработан новый метод пластики обширных дефектов покровных тканей дистальных отделов нижних конечностей несвободными нейроваскулярными кожно-фасциальными лоскутами (Уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента Республики Беларусь на изобретение «Способ пластики дефектов покровных тканей дистального отдела нижних конечностей кожно-фасциальными нейроваскулярными лоскутами» №а 20180177 от 18.06.2018., Богдан В.Г., Сухарев А.А., Федоров К.А., Кубарко А.И.).

У всех пациентов, оперированных по предложенной методике, отмечено приживление лоскутов с хорошими функциональными и эстетическими результатами.

Выводы. Применение нейроваскулярных лоскутов способствует предотвращению вторичного инфицирования ран, снижению риска развития гнойных осложнений, сохранению жизнеспособности костных отломков, сухожилий, суставных хрящей, сосудов и нервов, а так же оптимизации течения репаративных процессов в целом. При этом использование модифицированного хирургического метода реконструкции обеспечивает повышение клинической эффективности применения нейроваскулярных лоскутов в лечении пациентов с последствиями огнестрельных ранений нижних конечностей.

Литература.

1. Cormack G.C., Lamberty B.G.H., A classification of fascio-cutaneous flaps according to their patterns of vascularization. *British Journal of Plastic Surgery* (1984) 37, 80-87;
2. Ahmed S.K., Fung B.K.K., Ip W.Y., Fok M., Chow S.P., The versatile reverse flow sural artery neurocutaneous flap: A case series and review of literature. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 2008, 3:15, 1-6;

3. Saint-Cyr M., Schaverien M.V., Rohrich R.J., Perforator Flaps: History, Controversies, Physiology, Anatomy, and Use in Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2009, 123:4, 132-145;
4. Saint-Cyr M., Wong C., Schaverien M., Mojallal A., Rohrich R.J., The Perforasome Theory: Vascular Anatomy and Clinical Implications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2009, 123:5, 1529-1544;
5. Байтингер В.Ф., Байтингер А.В., Ежов А.А., Нейро-кожные лоскуты в реконструктивной хирургии. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*, 2010, №2, 5-9.
6. Masquelet A.C., Romana M.C., Wolf G., Skin island flaps supplied by the vascular axis of the sensitive superficial nerves: anatomic study and clinical experience in the leg. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1992;89:1115–1121;
7. Nakajima H, Imanishi N, Fukuzumi S, Minabe T, Aiso S, Fujino T, Accompanying arteries of the cutaneous veins and cutaneous nerves in the extremities: anatomical study and a concept of the venoadipofascial and/or neuroadipofascial pedicled fasciocutaneous flap. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1998;102(3):779-91;
8. de Blacam C, Colakoglu S, Ogunleye A.A., Nguyen J.T., Ibrahim A.M.S., Lin S.J., Kim P.S., Lee B.T., Risk Factors Associated with Complications in Lower Extremity Reconstruction with the Distally-Based Sural Flap: A Systematic Review and Pooled Analysis. *British Journal of Plastic Surgery* (2014);
9. Herlin C, et al. Distal lower extremity coverage by distally based sural flaps: Methods to increase their vascular reliability. *Annales de Chirurgie Plastique Esthetique* (2015);
10. Kansal S, Goil P, Agarwal V, Agarwal S, Mishra Sh, Agarwal D, Singh P, Reverse pedicle-based greater saphenous neuro-veno-fasciocutaneous flap for reconstruction of lower leg and foot. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, V24, Iss1: 67-72 (2014);
11. Lee H.I., Ha S.H., Yu S.O., Park M.J., Chae S.H., Lee G.J., Reverse Sural Artery Island Flap With Skin Extension Along the Pedicle. *The Journal of Foot & Ankle Surgery* (2016);
12. Wei J, Ni J, Dong Z, Liu L, Yang Y, A Modified Technique to Improve Reliability of Distally Based Sural Fasciocutaneous Flap for Reconstruction of Soft Tissue Defects Longitudinal in Distal Pretibial Region or Transverse in Heel and Ankle. *The Journal of Foot & Ankle Surgery* (2016).

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ СЕГМЕНТОВ СТОПЫ

ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А., ВОРОБЕЙ А.В., ВАСИЛЬЕВ Н.О.

БелМАПО, ГЭД г.Минск, МОКБ

Введение. Несмотря на все усилия, многолетний опыт и прогресс в медицине, врачи и ученые не в состоянии ни вылечить сахарный диабет, ни уменьшить количество его осложнений, касающихся организма в целом и нижних конечностей в частности, приводящих к ампутации стопы или её отдельных сегментов. Во многих случаях ампутация является методом выбора, но не всегда решает проблему, а часто, наоборот, добавляет очень много трудно решаемых проблем. Одна из них – появление трофических язв культей ампутированных сегментов стоп, так называемый, постампутационный синдром диабетической стопы.

Цель. Оценка эффективности разработанной нами методики ведения больных диабетом после ампутации стоп разных уровней.

Материалы и методы. Анализ результатов амбулаторного наблюдения 35 больных сахарным диабетом с открытой послеоперационной раной на фоне ампутации стопы разных уровней за промежуток времени январь 2016 – декабрь 2018. Эти пациенты находились на амбулаторном лечении в кабинете диабетической стопы ГЭД г. Минска. Пациенты были разделены на две группы.

В1-ю группу вошли 16 (45,72%) пациентов с открытой послеоперационной раной, 4(25%) пациента после ампутации 1-го пальца правой стопы с удалением дистального конца 1-й плюсневой кости, 3(18,75%) пациента после ампутации 1-го пальца левой стопы, 2(12,5%) пациента после ампутации 2-го пальца левой стопы, 2(12,5%) пациента после ампутации 4-го пальца правой стопы, 2(12,5%) пациента после ампутации

правой стопы по Шарпу и 3(18,75%) пациента после ампутации левой стопы по Шарпу. Этим пациентам проводили перевязки по общепринятой у нас методике: удаление гиперкератоза краев раны, некрэктомия при необходимости. Раны промывали антисептиком, накладывали АС-повязку, давали рекомендации для индивидуального пошива обуви со стельками. В этой группе раны затянулись полностью в срок от 4 до 6 месяцев. Во всех случаях, когда была проведена ампутация пальцев с переходом на дистальные концы одноименных плюсневых костей, произошла очень выраженная деформация стопы, искривление, подвывихи соседних пальцев и их утолщение, образованы опасные точки опоры, где постоянно появляется гиперкератоз, гематомы, нагноение и инфицирование. Самое опасное осложнение – образование устойчивых трофических язв в зонах высокого давления, с которыми невозможно справиться, несмотря на все усилия, приложенные в этом направлении. У 5-и (31,25%) пациентов произведена ампутация соседних пальцев.

Во 2-ую группу вошли 19(54,28%) пациентов: 5(26,31%) пациентов после ампутации 1-го пальца правой стопы с удалением дистального конца 1-й плюсневой кости, 3(15,78%) пациента после ампутации 1-го пальца левой стопы, 6(31,57%) пациентов после ампутации левой стопы по Шарпу, 1(5,26%) пациент после ампутации правой стопы и реампутации на уровне Шопара, 1(5,26%) пациент после ампутации 2-го и 3-го пальцев левой стопы с переходом на дистальный конец одноименных плюсневых костей, 2(10,52) пациента после ампутации 5-го пальца правой стопы, 1(5,26%) пациент после ампутации 4-го пальца правой стопы. У этих пациентов проводили перевязки аналогично первой группе и дополнительно была применена разгрузка пораженной конечности и сеансы вакуумной терапии. Разгрузка осуществлена с помощью супинаторов, валиков, марлевых искусственных пальцев и специальной иммобилизирующей повязки из полимерного

материала (totalcontactcast) с последующим пошивом индивидуальной ортопедической обуви. Сеансы вакуумной терапии проводили по вакуум-системе, разработанной нами для создания отрицательного давления в полости раны. В этой группе все раны затянулись в течении 2-х месяцев, все отрицательные послеоперационные изменения заметно уменьшились. Периодически возникали небольшие проблемы, которые требовали быстрого решения: гематомы, гиперкератоз. У одного пациента после снятия иммобилизирующей повязки (totalcontactcast) возникла проблема с соседним пальцем и потребовалась ампутация.

Заключение: анализ данных лечения синдрома диабетической стопы показал, что не всегда ампутация является оптимальным решением и во многих случаях приводит к серьезным проблемам, особенно после ампутации пальцев с переходом на плюсневые кости. В качестве профилактики появления трофических язв в послеоперационном периоде и деформации стопы обязательно надо осуществлять разгрузку пораженной конечности как минимум на 1 месяц, даже после заживления послеоперационной раны.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ 2-го ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А.

БелМАПО, ГЭД г.Минск

Введение: Иммобилизация – наиболее эффективный вид лечения при острой, подострой и стадии осложнений диабетической остеоартропатии (ДОАП). В кабинете диабетической стопы УЗ «Городского эндокринологического диспансера г. Минска» пациентам в данном состоянии рекомендуют наложение повязки из современных полимерных материалов на голень и стопу TotalContactCast (ТСС).

Цели: выявление особенностей ДОАП стоп у пациентов с сахарным диабетом 2 типа; оценка эффективности разгрузки пораженного сустава с помощью иммобилизирующей разгрузочной повязки Total Contact Cast (ТСС).

Материалы и методы. В исследование включено 95 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, средний возраст составил 55,7 лет, средний стаж диабета – 14,2 лет. Все консультировались и наблюдались в «Городском эндокринологическом диспансере г. Минска» в кабинете диабетической стопы по поводу диабетической остеоартропатии (стопа – Шарко), верифицированной посредством проведения рентгенологического исследования, МРТ, КТ. На момент постановки диагноза диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия была диагностирована чаще 3-ей степени – 82% случаев. Острая стадия была диагностирована у 47,3% пациентов. Подострая стадия была диагностирована в 25% случаев. Хроническая стадия выявлена у 14,7% пациентов. Стадия осложнений была диагностирована у 13% пациентов. В соответствии с анатомической

классификацией (Sanders & Frykberg, 1991): I анатомический класс встречался в 37,4% случаев. II анатомический класс был выявлен в 67% случаев. III анатомический класс был обнаружен у 57,1% пациентов. IV анатомический класс встречался реже – 20% случаев. V анатомический класс встречается лишь в 7% случаев. Иммобилизация с помощью индивидуальной разгрузочной повязки ТСС была выполнена у 65% пациентов. Пациенты носили ТСС от 4-х месяцев до 1,5 лет в зависимости от стадии заболевания. В стадии осложнений заживление трофических язв занимало от 2-х недель до 1,5 месяцев. При переходе заболевания в хроническую стадию пациенты были переведены на ортопедическую обувь с индивидуально подобранными разгрузочными стельками. Улучшение на фоне лечения наблюдалось у 98,9% пациентов.

Заключение. Анализ лечения и ведения пациентов с диабетической остеоартропаией показал, что необходимо совершенствование организации амбулаторной помощи пациентам с ДОАП, чтобы обеспечить своевременную диагностику на ранних этапах, постоянное наблюдение за динамикой состояния и лечения, а также профилактику дальнейшего прогрессирования заболевания. В перспективе необходимо изучение маркеров резорбции и регенерации, как предикторов для ранней диагностики ДОАП у пациентов с сахарным диабетом. С помощью повязки ТСС осуществляется наиболее эффективная разгрузка пораженного сустава у пациентов с ДОАП в острой стадии, подострой и стадии осложнений.

ОСЛОЖНЕННАЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ

ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А., КОСТЮК С.А., СЕНКЕВИЧ О.И., БОНДАРЬ А.С.

БелМАПО, МОКБ

Введение. Дивертикулярная болезнь представляет собой морфофункциональный патологический процесс в стенке ободочной кишки в виде выпячивания через её мышечной слой. Многие авторы называют её эпидемией 21 века. Особенно это заметно в развитых странах, где данная болезнь встречается почти у 30% трудоспособного населения, а с возрастом ее частота увеличивается до 50%. Также обращает на себя внимание количество осложнений, которые встречаются почти у 50% пациентов и в некоторых случаях приводят к тяжёлым и угрожающим жизни последствиям. Все это создает серьезные проблемы для врача в плане диагностики и лечения.

Цель: проанализировать и систематизировать данные клиники по современным особенностям дивертикулярной болезни.

Материалы и методы. В республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии на базе УЗ «Минская ОКБ» за период с 2006 по 2018 г. лечился 181 пациент с дивертикулярной болезнью. Среди них было 99 женщин (54,6%) в возрасте от 32 до 80 лет и 82 мужчин (45,4%) в возрасте от 35 до 77 лет. Локализации поражений следующая:

Левый фланг ободочной кишки – 158 (87,3%), поперечно-ободочная кишка – 3 случая (1,56%), правый фланг – 3 случая (1,56%), тотальное поражение – 17 случаев (9,39%).

Осложнения обнаружены у 135 больных (74,6%): острый дивертикулит – 50 (27,6%), перфорация – 58 (32%), абсцесс в местах перфорации – 15

(8,3%), наружный кишечный свищ – 12 (6,6%), кишечно-мочепузырный свищ – 5 (2,7%), кишечно-вагинальный свищ – 3 (1,6%), тонко-толстокишечный свищ – 11(6%), холецисто-ободочнокишечный свищ – 1 (0,5%), кишечное кровотечение – 2 (1,1%), перитонит – 3 (1,6%), толстокишечная непроходимость – 4 (2,2%), спаечная болезнь брюшной полости – 9 (4,9%), инфильтрат – 4 (2,2%), стеноз сигмовидной кишки – 4 (2,2%).

Заключение: анализ осложненной дивертикулярной болезни в клинике показал, что этой патологией болеют как женщины, так и мужчины. В 87,3% поражается левый фланг ободочной кишки, что соответствует европейским данным. 74,6 % пациентов поступили в стационар с осложненной формой дивертикулярной болезни. Все пациенты с осложненной формой дивертикулярной болезни были подвергнуты хирургическому лечению, в ходе которого была выполнена резекция ободочной кишки разных уровней.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ВАКУУМ-СИСТЕМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО И СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА

ХАДЖИ ИСМАИЛ И.А., ВОРОБЕЙ А.В., ВАСИЛЬЕВ Н.О.

БелМАПО, ГЭД г.Минск, МОКБ

Актуальность: Вакуум терапия – один из старейших лечебных методов, который прошел многовековой путь преобразования и улучшения. В последнее время этот метод приобретает новую популярность в лечении многих хирургических заболеваний, особенно это касается острых и хронических ран. С помощью вакуума создается отрицательное давление в ранах, которое получило международное название *negative pressure wound therapy* – NPWT. Отрицательное давление сближает края раны, уменьшает давление в межклеточном пространстве, обеспечивает более тесный контакт между клетками раны и ускоряет образование микрокапилляров, которые создают каркас для эпителизации.

Цель: изучение эффективности вакуум-системы, сконструированной и разработанной нами для создания отрицательного давления, в лечении синдрома диабетической стопы нейропатического и смешанного генеза.

Материалы и методы: вакуум-терапия применена у 21 пациента с синдромом диабетической стопы нейропатического и смешанного генеза. Эти пациенты находились на амбулаторном лечении в кабинете диабетической стопы Городского эндокринологического диспансера г. Минск. Среди них было 7(33,33%) женщин и 14(66,67%) мужчин в возрасте от 36 до 68 лет, 5(23,8%) человек с 1-м типом диабета а 16(76,2%) человек с 2-м типом. Стаж диабета составил от 2-х до 15 лет, наличие синдрома диабетической стопы от 1-ого года до 9 лет, все язвы были локализованы на наступательной поверхности стоп, в области 1-го пальца у 9(42,85%) человек,

в области пятки у 7(33,33%) человек и в области 2-3 плюснефалангового сустава у 5(23,8%) человек. Количество процедур вакуумной терапии у разных пациентов составило от 17 до 45.

Кроме вакуум-терапии у этих пациентов проведена поэтапная экономная некрэктомия, коррекция ногтевых пластин с частичным удалением, корригирующая остеотомия скалер-аппаратом при необходимости. Также проведена разгрузка пораженной области по методике кабинета. Все процедуры были выполнены по принципу 15/5, т.е. 15 минут с отрицательным давлением и 5 минут без его. Создаваемое давление было изучено с помощью формулы Бойля – Мариота и составило от 125 до 175 со знаком минус.

Все пациенты подписали информированное согласие на проведение процедуры по окончании ознакомительного сеанса.

Заключение: анализ полученных данных амбулаторного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы нейропатического и смешанного генеза методом отрицательного давления показал, что к концу 3-4 сеанса отмечено уменьшение отечности и гиперемии вокруг раневого дефекта, к 9-10 сеансу раны очистились от гнойного отделяемого, к 17-18 сеансу раны очистились от самых опасных микроорганизмов. Все пациенты дошли до 17 сеанса, 5(23,8%) из них по разным причинам не смогли продолжить до конца курс лечения. 16(76,2%) из них закончили курс лечения с полным заживлением раневых дефектов. Вышеописанное позволяет утверждать, что лечение синдрома диабетической стопы по-прежнему остается серьезной проблемой в хирургии, но возможной при комплексном подходе.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПАТЭКТОМИИ (II-IV ГАНГЛИИ) В ПРОЦЕССЕ ВИДЕОТОРАКОКОПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО

ШНИТКО С.Н.

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Несмотря на то, что со времени первого описания болезни Рейно (БР) прошло более 150 лет, многие вопросы этиологии, патогенеза, клиники и особенно лечения данного заболевания, остаются пока не до конца изученными.

БР встречается у 3-5% населения, у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин, нередко заболевание сочетается с мигренью (Mahmood Levy et al., 2013). Предположительно в основе БР лежит генетическая предрасположенность. В патогенезе приступа ишемии главную роль играет повышение тонуса симпатической нервной системы. К факторам риска, провоцирующим заболевание, относятся: частые и длительные эпизоды гипотермии верхних конечностей, табакокурение, хроническая травматизация пальцев, эндокринные нарушения, эмоциональные стрессы, профессиональные факторы и т.д. (Зудин А.М. и соавт., 2017). При отсутствии или неадекватном лечении БР может развиваться гангрена концевых фаланг кистей и сепсис.

Целью нашего исследования стало определение клинической эффективности 471-ой видеоторакоскопической верхней грудной симпатэктомии (ВВГСЭ) у 244 пациентор с БР. I стадия (ангиоспастическая) диагностирована у 5 пациентов (2%), II стадия (ангиопаралитическая) – у 231 пациента (94,7%) и III стадия (трофопаралитическая) – у 8 (3,3%) пациентов.

В исследовании мы провели комплексную оценку гемодинамики у пациентов с БР до и после ВВГСЭ. Так, изменение центральной гемодинамики (ЦГД) в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах носили статистически недостоверный характер (Таб. 1).

Таблица 1

Изменение параметров ЦГД в различные сроки после ВВГСЭ

Параметры	Сроки исследования			Достоверность изменения параметров
	До ВВГСЭ	В ближайшем послеоперационном периоде	В отдаленном послеоперационном периоде	
Частота сердечных сокращений (уд. в мин)	60,5±1,7	63,5±1,1	62,5±1,5	P>0,05
Ударный объем (мл)	104,4±4,4	96,0±4,4	101,2±4,9	P>0,05
Общее периферическое сопротивление (дин×с×см ⁻⁵)	1256,0±59,1	1421,5±82,8	1330,8±86,6	P>0,05

Также нами проведены исследования кровотока в поверхностной артериальной ладонной дуге (ПАЛД). Так диаметр после операции увеличился на 40,2% с 0,87±0,02 мм до 1,22±0,02 мм (P<0,01) (в контроле 1,17±0,04 мм), в отдаленном периоде уменьшился до дооперационного периода - 0,86±0,03 мм (P>0,05). При этом средняя скорость кровотока после операции увеличилась с 0,06±0,01 м/с до 0,18±0,01 м/с (увеличение на 200%) (P<0,01) (в контроле 0,14±0,01 м/с), в отдаленном периоде снизилась до

0,09±0,003 м/с (P<0,01). Полученные скоростные показатели до и после операции свидетельствуют об эффективности ВВГСЭ.

Изменение реографического индекса (РИ) отражает динамику кровенаполнения тканей кистей. Исходно до операции РИ был равен 0,57±0,03, после ВВГСЭ он увеличился до 0,84±0,07 (P<0,01), в отдаленном послеоперационном периоде его значение сохраняется на высоком уровне - 0,85±0,03 (P<0,01) (в контроле 0,9±0,04). Дикротический индекс (ДкИ), отражающий тонус сосудов микроциркуляторного русла, увеличился после операции с 39,2±2,5% до 64,1±3,1% (P<0,01), а в отдаленном послеоперационном периоде снизился до 42,2±2,1 % (P>0,05) (в контрольной группе - 53,2±2,7). Изменения показателя эластичности (ПЭ), характеризующего тонус артерий, статистически недостоверны (0,08±0,005 до операции, 0,11±0,01 в ближайшем (P>0,05) и 0,07±0,004 в отдаленном (P>0,05) послеоперационном периоде (в контроле 0,07±0,004).

Термография позволяет количественно оценить состояние кровенаполнения поверхностных тканей кистей. Так, до операции температура кожи кистей была значительно ниже нормы: 23,6±0,2°C при БР и 32,5±0,2°C в контрольной группе (P<0,01). До операции отмечалась выраженная термоасимметрия кистей, продольный термальный градиент достигал 5°C и более (при норме не более 0,8°C). После ВВГСЭ кисти теплеют на операционном столе, и в ближайшем послеоперационном периоде температура кистей равняется 31,6±0,2°C (P<0,01). Исчезает термоасимметрия, продольный термальный градиент не превышает 1,0°C. В отдаленном послеоперационном периоде температура кожи кистей сохраняется на послеоперационном уровне и составляет 31,2±0,2°C (P<0,01).

Таким образом, удаление участка симпатического ствола с патологически измененными II-IV ганглиями в процессе видеоторакоскопии разрывает связь между сосудодвигательным центром и микроциркуляторным

руслем кистей, тем самым устраняя неадекватные центральные влияния и улучшая состояние гемодинамики в дистальных отделах конечностей у пациентов с болезнью Рейно.

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Материалы научно-практической конференции,
посвященной 220-летию
учреждения здравоохранения
«2-я городская клиническая больница»

Ответственный за выпуск С.Н. Прусевич
Компьютерная верстка Т.В. Терешкова

ISBN 978-985-21-0409-8



9 789852 104098