Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать всех авторов, проявивших интерес к нынешней научно-практической конференции.

Проведение подобных мероприятий стало в нашем коллективе уже доброй традицией. Научно-практические конференции способствуют эффективному сотрудничеству наших врачей с научными кадрами Новокузнецкого института усовершенствования врачей, повышению интереса врачей центральной городской больницы к научной работе. И мы с гордостью можем сказать, что сегодня в нашем коллективе трудится четыре кандидата медицинских наук.

Медицина и охрана здоровья сегодня динамично развиваются, и новые достижения находятся в фокусе не только профессиональных медиков, но и простых людей, которым небезразличны вопросы здоровья. Открываются все новые и новые методы борьбы за здоровье человечества. Используя теоретические знания и практические приемы, направленные на предупреждение и лечение заболеваний, наши врачи тоже достигают определенных результатов. И им есть, о чем рассказать коллегам.

Особенность нынешней IV научно-практической конференции в ее конкурсной составляющей. Авторы лучших работ будут отмечены премией главы Междуреченского городского округа «За вклад в развитие здравоохранения города» в сумме по 50 тысяч рублей каждый.

Но, самое ценное, на мой взгляд, в том, что конференция — это своеобразная дискуссионная площадка. И она даст возможность обменяться мнениями по актуальным вопросам сегодняшнего здравоохранения, а также расширить кругозор в области смежных специальностей.

От всей души желаю всем участникам конференции найти среди многообразия тем и докладов то, что будет им интересно и полезно.

Главный врач МБУЗ ЦГБ
В.В. Соколовский

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ШАХТ И РАЗРЕЗОВ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ЗА 2013-2015 ГОДЫ

М.А. Андреянова,
врач-терапевт поликлиники.
А.Л. Ханин, д.м.н.
ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк.

Актуальность.

Угольная отрасль является основой экономики города Междуреченска и составляет 90% в структуре производства. 60 % населения города занято на предприятиях, осуществляющих добычу и переработку каменного угля. Технологический процесс связан с длительной экспозицией вредных веществ и производственных факторов. Показатели здоровья работников угольной отрасли значительно хуже сложившихся средних областных показателей. Так, смертность в трудоспособном возрасте в угольных городах на 15–20 % выше. Временная нетрудоспособность выше в 2 раза, а травматизм — в 2–2,5 раза по данным городских статистических отчетов. Уровень здоровья, как интегральный показатель, среди горнорабочих значимо ниже общепопуляционного.

Здоровье, согласно определению ВОЗ, - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов.

Наиболее действенной и реализуемой на практике мерой первичной профилактики является проведение ежегодных медицинских осмотров лиц, имеющих контакт с вредными факторами производства. Однако масштабность проблемы требует комплексного подхода, в том числе разработки и внедрения новых методов оказания медицинской помощи работникам угольной промышленности.

Цель исследования: Оценка влияния технологического процесса на распространенность профессиональной и общесоматической патологии среди работников различных угледобывающих предприятий города Междуреченска.

Материалы и методы исследования.

Исследование выполнено на основании данных заключительных актов профилактических медицинских осмотров (ПМО) работников шахты «Распадская» и разреза «Междуреченский» (в структуре холдинга АО «Междуречье»), проведенных в 2013-2015 гг.ПМО проводился на базе центра профилактических осмотров ООО «СПАС 03» г. Междуреченска в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России N 302н от 12.04.2011 (ред. от 05.12.2014).Всего в

ходе ПМО было обследовано: в 2013 г.- 4733, в 2014 г.- 3573, в 2015 г. - 4278 человек.

Для обработки результатов исследования использовались методы описательной статистики, расчет критерия Хи-квадрат, Z-критерия в пакете BOISTAT, MicrosoftWord, MicrosoftExcel. Критический уровень значимости принимался $p<0,05$.

Научная новизна.

В настоящее время в литературе отсутствуют публикации анализа показателей уровня здоровья работников различных по способу технологического процесса предприятий угольной отрасли: угольных шахт и угольных разрезов. Исследование проведено на шахте «Распадская»— крупнейшем угледобывающем предприятии в России (добывается около 10% всех коксующихся углей РФ) и угольном разрезе АО "Междуречье" (годовая добыча более 3 млн. тонн, 28 % городской добычи угля).

Введение.

На шахте «Распадская» в настоящее время разрабатываются угольные пласты на максимальной глубине 600 м. Подземные условия труда сопряжены с чрезмерными физическими и психоэмоциональными нагрузками. На разрезах вскрытие пластов породы производится посредством взрыва горных масс, что характеризуется большим объемом выбросов в атмосферу. В связи с этим рабочие разреза испытывают высокую пылевую техногенную нагрузку.

Для работников шахты значимыми являются следующие производственные факторы: подземные условия работы, физические перегрузки, угольная пыль, пониженная температура.

Наибольшее влияние на работников разреза оказывает воздействие общей и локальной вибрации, физические перегрузки, угольная пыль, химические аэрозоли и взрывовоспламеняющиеся вещества.

Для рабочих угольных шахт и разрезов характерен высокий уровень профессиональных заболеваний и соматической патологии, в частности онкологических заболеваний.

Результаты.

Проанализированы результаты профилактических медицинских осмотров работников угледобывающих предприятий города за 2013 год (n= 4733), 2014 год (n= 3573) и 2015 год (n= 4278).

Из них работников шахты ОАО «Распадская» (группа 1) в 2013 г.- 61,8 % (n_1=2926), в 2014 г.- 72,8% (n_2=2600), в 2015 г.- 58% (n_3=2485). Доля работников разреза «Междуречье» (группа 2) составила38,2% (n_4=1807), 27,2 % ($n_{5=}$ 973) и 42%(n_6 =1793) соответственно.

По гендерному признаку во всех группах наблюдения преобладают мужчины и составляют в среднем M= 83,1%, σ =± 1.3 %

Все работающие имеют контакт с вредными веществами и производственными факторами и подлежат прохождению ежегодных медицинских осмотров. В 2013-2015 гг. охват ПМО составил 100 %.

В таблице 1 представлены данные сводного анализа результатов ПМО работников ОАО «Распадская» и АО «Междуречье» в динамике за 2013 - 2015 гг.

Таблица 1. Результаты периодического медицинского осмотра работников ОАО «Распадская» и АО «Междуречье» за период 2013-2015 гг.

Результаты периодического медицинского осмотра	**Шахта ОАО «Распадская» (группа №1)**				**Разрез АО «Междуречье» (группа №2)**			
	2013 год	**2014 год**	**2015 год**	**Всего**	**2013 год**	**2014 год**	**2015 год**	**Всего**
Число лиц, подлежащих медицинскому осмотру (n)	2926	2600	2485	**8011**	1807	973	1793	**4573**
Число лиц, охваченных медицинским осмотром	2926 100 %	2600 100 %	2485 100 %	**8011 100 %**	1807 100 %	973 100 %	1793 100%	**4573 100%**
Число лиц, профпригодных к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами	2723 93,0 %	2425 93,3 %	2313 93,1 %	**7461 93,1 %**	1658 91.8 %	926 95,2 %	1732 96,6%	**4316 94,4 %**
Число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами	1916,5 %	54 2,1%	166 6,7%	**411 5,1 %**	127 7,0%	45 4,6%	56 3,1%	**228 4,9%**
Число лиц, постоянно профнепригодных с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами	12 0,4 %	17 0,7%	6 0,2%	**35 0,4 %**	22 1,2%	2 0,2%	5 0,3%	**29 0,6%**

Число лиц, нуждающихся в дообследовании (заключение не дано)	191 6,5 %	54 2,1%	166 6,7%	**411 5,1 %**	127 7,0%	45 4,6%	56 3,1%	**228 4,9%**
Число лиц с подозрением на профессиональное заболевание	42 1,4 %	41 1,6%	27 1,1%	**110 1,4 %**	40 2,2%	10 1,0%	7 0,4%	**57 1,2%**
Число лиц, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии	42 1,4 %	41 1,6%	27 1,1%	**110 1,4 %**	40 2,2%	10 1,0%	7 0,4%	**57 1,2%**
Число лиц, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении	796 27,2 %	959 36,9 %	47 1,9%	**1802 22,5 %**	631 34,9 %	276 28,4 %	57 3,2%	**964 21,1 %**
Число лиц, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении:	22 0,8 %	99 3,8%	17 0,7%	**138 1,7 %**	4 0,2%	3 0,3%	7 0,4%	**14 0,3%**
Число лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении	965 32,9 %	134 5,1%	422 16,9 %	**1521 18,9 %**	306 16,9 %	187 19,2 %	309 17,2%	**802 17,5 %**
Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении	861 29,4 %	377 14,5 %	1239 49,9 %	**2477 30,9 %**	862 47,7 %	425 43,7 %	1329 74,1%	**2616 57,2 %**
Число лиц, нуждающихся в направлении на медико-социальную экспертизу	0	0	0	**0**	0	0	0	**0**

Первым этапом выполнен сравнительный анализ показателей для шахты и разреза по годам. Выявлены следующие особенности:

- Распространенность общесоматической патологии, требующей амбулаторного лечения, в 2013 году преобладала среди работников разреза (p=0,001); в 2014 году- напротив, среди работников шахты - 959 человек (36,8%) и 276 человек (28,3%) соответственно (p=0,01). В 2015 году вновь распространенность значимо выше в группе №2 (p=0,009).

- Потребность в СКЛ в 2013 г. была выше среди шахтеров (p=0,001), в 2014 г.- среди работников разреза (p=0,001), в 2015 г. различия отсутствовали (p=0,994).
- Не выявлено значимых различий в количестве случаев подозрения на профессиональные заболевания в 2013-2014 г., в 2015 г. показатель был выше среди работников шахты (p=0,018).
- Потребность в диспансерном наблюдении за период 2013-2015 гг. была стабильно выше среди работников разреза (p=0,001).
- Уровень первичной заболеваемости по соматической патологии не имеет четких тенденций связи с характером производства. Однако отмечается высокая распространенность синдрома АГ в обеих группах со значительным преобладанием среди работников шахты (p=0,02). Также среди шахтеров стабильно доминирует общехирургическая патология, что связано с тяжелыми условиями труда.

С целью интеграции показателей и нивелирования случайных колебаний показателей, связанных с изменениями количества штатных единиц на предприятиях, контингентом работников, полнотой и глубиной обследования, выполнен второй этап анализа. Оценены суммарные значения в группах сравнения.

Количество профессионально пригодных лиц выше среди работников разреза (p=0,007). Доля профессионально непригодных лиц в группе №1 составила5,6%, в группе №2- 5,6%, таким образом, не получено значимых различий (p=0,865). Доля работников шахты, нуждающихся в дообследовании, составила 5,1%, работников разреза- 4,9%; различия в группах статистически не значимы (p=0,938). По количеству лиц с подозрением на профзаболевание также не выявлено значимых различий (p=0,545). Среди шахтеров выше потребность в амбулаторном (p=0,029), в стационарном (p=0,001) и санаторно-курортном лечении (p=0,047).А в диспансерном наблюдении потребность значимо выше среди работников разреза (p=0,001)- 57,2% и 30,9% соответственно.

Практические рекомендации.

Соблюдение правил техники безопасности на предприятии и использование спецодежды - ключевая мера профилактики производственного травматизма и профинтоксикаций.

В аспекте первичной и вторичной профилактики нами рекомендованы следующие мероприятия.

1. Организация Школ здоровья на базе здравпунктов угольных предприятий. В программу школ необходимо включать занятия о принципах здорового образа жизни: режим труда и отдыха, принципы правильного питания, физическая активность, отказ от вредных привычек, коррекция избыточной массы тела и др. Ответственным за проведение Школ может быть назначен обученный фельдшер здравпункта. Занятия с работниками следует проводить систематически, с регистрацией достигнутых результатов в учетных формах.

2. Индивидуальное и групповое консультирование работников врачами-специалистами на базе медицинских кабинетов предприятий 2-3 раза в месяц. Данное мероприятие позволит повысить доступность медицинской помощи и увеличит взаимопонимание между медицинским персоналом и шахтерами.

3. Повышение преемственности между отделением профилактических осмотров и амбулаторно-поликлинической службой с целью увеличения полноты охвата диспансерным наблюдением хронических больных.

4. Реабилитационные мероприятия лиц с хронической соматической патологией, включающие физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение, ЛФК, проведение базисной терапии при хронических соматических заболеваниях под контролем медицинских работников здравпунктов.

Заключение.

Проведенный анализ результатов периодических медицинских осмотров позволяет сделать вывод о высокой распространенности различной патологии среди работников угольных предприятий Междуреченска. Оценка интегральных показателей за три последовательных года позволила выявить следующие закономерности:

- Число лиц, пригодных к работе с вредными веществами и производственными факторами, выше среди работников разреза ($p=0,007$);
- Не получено статистически значимых различий по общему количеству профессионально непригодных лиц ($p=0,865$), по количеству работников, нуждающихся в дообследовании ($p=0,938$), по количеству лиц с подозрением на профзаболевание ($p=0,545$);
- Среди шахтеров выше потребность в амбулаторном ($p=0,029$), стационарном ($p=0,001$) и санаторно-курортном лечении ($p=0,047$);
- В диспансерном наблюдении, как мере вторичной профилактики у лиц с установленными хроническими соматическими заболеваниями, потребность значимо выше среди работников разреза ($p=0,001$).
- Обращает на себя внимания малая выявляемость бронхо-легочной патологии в ходе ПМО, несмотря на значимую долю заболеваний легких в общей структуре профессиональной патологии, что связано с недостаточной глубиной обследования, отсутствием клинической картины на ранних стадиях патологического процесса, а также с рядом социально-экономических факторов.
- Эффективными мерами первичной и вторичной профилактики являются: ежегодные ПМО, создание Школ здоровья на базе здравпунктов предприятий; индивидуальное и групповое консультирование врачами-специалистами; повышение преемственности между отделением ПМО и амбулаторно-поликлинической службой; реабилитация лиц с хроническими заболеваниями без отрыва от производства.

Список литературы.

1.Проблемы и перспективы оказания медицинской помощи работникам угледобывающих предприятий. Царик Г.Н., Штернис Т.А., Богомолова Н.Д. Журнал «Медицина в Кузбассе». Выпуск № 3 / 2013

2. Климов С.Л., Закиров Д.Г. Энергосбережение и проблемы экологической безопасности в угольной промышленности России. — М.: Изд-во Академии горных наук, 2001. — С. 271.

3. Сахарова Г.М., Антонов С.Н., Андреева С.А.- Табакокурение как фактор риска болезней человека /Респираторная медицина. Под ред. Чучалина А.Г.-М.: Том 2, «Геотар-медиа», 2007. -771-782 с.

4.О.Г. Хоружая, Ю.Ю. Горблянский, Т.Е. Пиктушанская. Критерии оценки качества медицинских осмотров работников. Медицина труда и промышленная экология. №11, 2015.

5. Чеченин Г.И. Системный подход и системный анализ в здравоохранении и медицине: учебное пособие/ Г.И. Чеченин - Новокузнецк: Изд-во МОУ ДПО ИПК, 2002 г.- 141 с.

6. Жилина Н.М. Применение методов обработки данных в медицинских исследованиях: методические рекомендации / Н.М. Жилина- Новокузнецк: 2007 г.- 44с.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Н.В.Бехтенева,
заведующая терапевтическим отделением

Тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА) – одно из тяжелейших, загадочных и драматически протекающих осложнений венозного тромбоза, подразумевает под собой острую окклюзию тромбом или эмболом ствола, одной или нескольких ветвей легочной артерии. ТЭЛА - 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 «венозный тромбоэмболизм».

ТЭЛА – междисциплинарная проблема практической медицины, с которой может столкнуться врач любой специальности: терапевт, гинеколог, хирург, анестезиолог. В структуре летальности сердечно-сосудистых заболеваний она занимает 3-е место после инфаркта миокарда и инсульта.

Эпидемиология ТЭЛА устанавливается с трудом, так как эта болезнь может протекать бессимптомно, либо стать случайной находкой. В некоторых случаях первым проявлением ТЭЛА бывает смерть. Среди госпитализированных больных 70% приходится на долю терапевтических больных. По данным европейского исследования, ТЭЛА составляет 15,6% от всей внутригоспитальной летальности, причем на долю хирургических больных приходилось 18%, а 82% составили терапевтические больные.

В Междуреченске за 2015 год Ds: ТЭЛА был верифицирован у 7 больных (по стационару).

Категории больных	**Возраст**	**Пол**		**Исход**	
		муж	**жен**	**умерло**	**выписано**
Терапия	58 -68	2			2
Кардиология	54-69	2	1	1	2
Реанимация	68-79	1	1	2	

Отсутствие точной статистики распространенности ТЭЛА объясняется объективными причинами:

- **Почти в 50% эпизоды ТЭЛА остаются незамеченными**
- **В большинстве случаев при аутопсии только тщательное исследование легочных артерий позволяет обнаружить тромбы или остаточные признаки перенесенной ТЭЛА**
- **Клиническая симптоматика ТЭЛА во многих случаях схожа с заболеваниями легких и ССС**

- **Инструментальные методы обследования больных с ТЭЛА, имеющие высокую диагностическую специфичность, доступны узкому кругу медицинских учреждений.**

Этиология. Принципиально венозный тромбоз любой локализации может осложниться развитием ТЭЛА. Наиболее эмболоопасной его локализацией является бассейн нижней полой вены, с которым связано около 90% всех ТЭЛА. Чаще всего первичный тромб находится в илеокавальных и подколенно-бедренных сегментах.

Патогенез тромбоза вен определяется **Триадой Вирхова:**

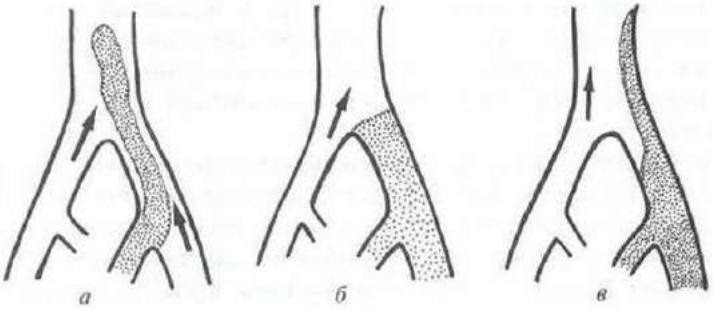
1. **Повреждение эндотелия**
2. **Замедление венозного кровотока**
3. **Гиперкоагуляционный синдром**

Предрасполагающие факторы:

- Хронические заболевания легких
- Травмы нижних конечностей
- Тромбофлебит нижних конечностей
- Оперативные вмешательства, злокачественные новообразования
- Ожирение, прием контрацептивов, беременность роды

Наиболее опасными являются флотирующие тромбы – имеющие точку фиксации в дистальном отделе венозного русла; остальная его часть расположена свободно и на всем протяжении не связана со стенками вены.

Типы венозных тромбозов



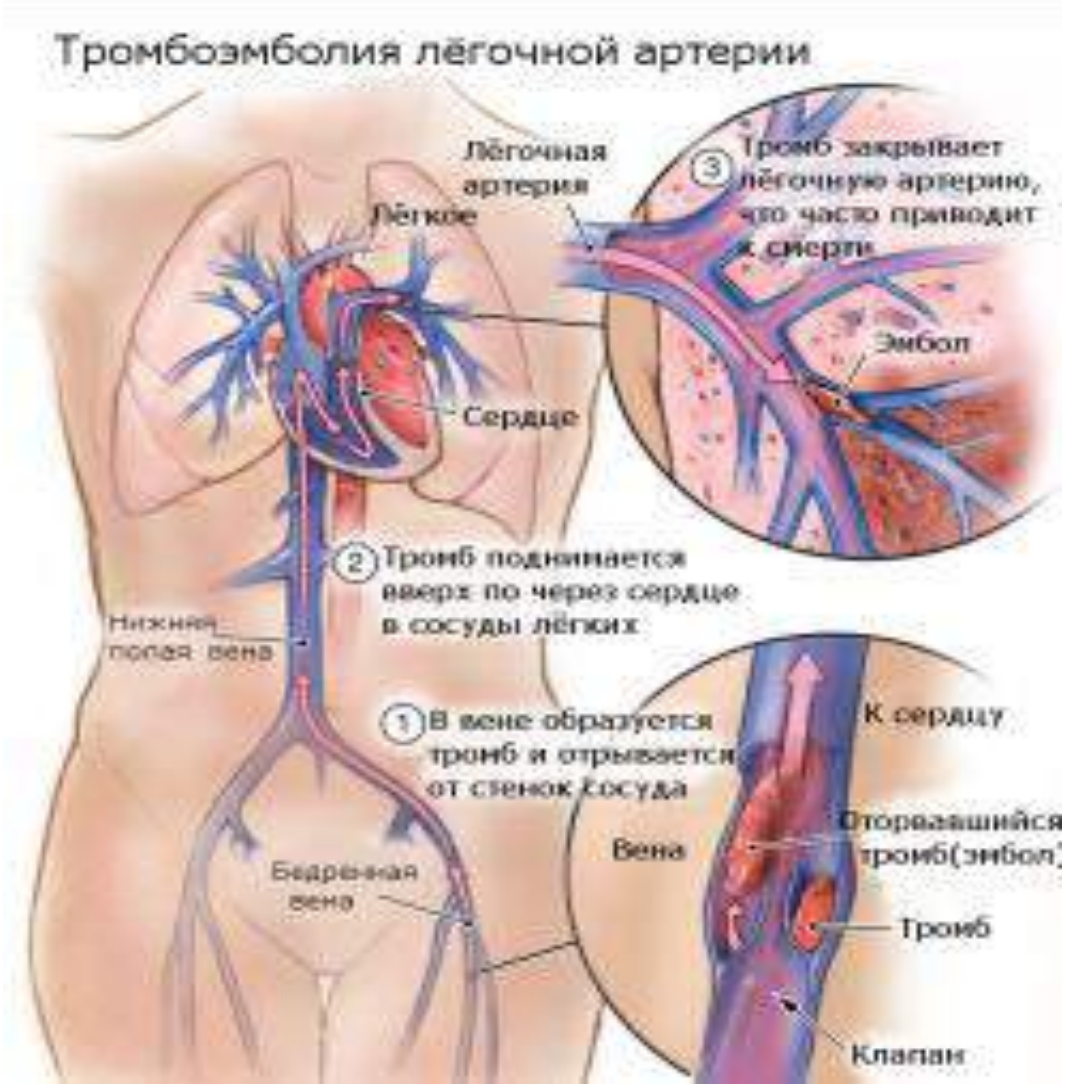
а – флоттирующий тромб. ***Угроза ТЭЛА!***

б – окклюзивный тромб

в – пристеночный тромб

Патогенез клинических проявлений: обширная тромбоэмболическая обструкция увеличивает общее легочное сосудистое сопротивление, препятствующее выбросу крови из правого желудочка, уменьшается наполнение левого желудочка, что приводит к снижению минутного объема крови и падению АД.

Пути миграции тромба:



Диагностика **ТЭЛА** – это трудная задача для практикующих врачей, в связи с тем, что клиническая картина ассоциируется с обострением основного заболевания, (**ИБС, ХСН, ХЗЛ**), может протекать под маской затяжной пневмонии, хронического бронхита, абсцесса легкого или является одним из осложнений онкологических заболеваний, травм, обширных хирургических вмешательств, а специфические методы диагностики, такие, как ангиопульмонография, сцинтиграфия, перфузионно-ветиляционные исследования с изотопами, осуществимы в немногих научно-медицинских центрах.

Клинические маски тромбоэмболии как ловушки к ошибочному диагнозу во врачебной практике (описание случаев).

I. Пациент В., 58 лет, ИМТ 22,72 кг/м2 - Доставлен в терапевтическое отделение БСП с Ds: Острая пневмония слева неуточненной этиологии. Сопутствующий: Хронический бронхит. ИБС. ПИКС. (2009). Анамнез: Заболел около недели назад: боли в грудной клетке слева, одышка, кашель, повышение t до 38С. Вызывал уч. терапевта, дважды вызывал БСП, при повторном вызове БСП зафиксированы такие показатели:

АД - 70/60Hg, ЧСС 79 в, ЧД 18в, РО2 -98%.

1. Rh грамма ОГК : инфильтративное затемнение слева в нижней доле, синус слева затемнен с косым уровнем до переднего отрезка VII ребра. З-е: Признаки пневмонии в язычковых сегментах слева.
2. ЭКГ: Постинфарктные рубцовые изменения в миокарде передней стенки. Частые одиночные желудочковые э/систолы. Удлинен интервал QT.
3. Клинический анализ крови: лейк: 4,7*109, Hb -120 г/л, тромб-139*109, СОЭ 16 мм/ч
4. Б/х : Билирубин 31,3 мкмоль/л, АСТ -162 Е/л, АЛТ -135 Е/л, мочевина -12,9 ммоль/л, креатинин -142,0 мкмоль/л. ПТИ -86%, ф-ген - 3,77 г/л.

Клинически у больного сероватый оттенок кожи, тревожен, беспокоен, ночь провел в положении ортопноэ. АД 110/70, ЧСС 70в, отмечается учащение одышки при перемене положения тела до 30 в минуту. Признаков тромбофлебита нижних конечностей нет. Возникло предположение о ТЭЛА мелких ветвей, осложненной инфаркт-пневмонией в нижней доле слева. Назначается исследование D – димера, результат приходит отрицательный. Назначается исследование СКТ ОГК без контрастирования: В средней доле справа и в язычковых сегментах слева субплеврально фокусы интенсивной инфильтрации до 30 мм, широко прилежат к плевре, с видимыми просветами бронхов, следы жидкости по ходу междолевых плевральных щелей. З-е: Картина соответствует ТЭЛА мелких ветвей. При последующем контроле D- димера крови результат пришел резко положительный (на 7-е сутки с момента поступления больного). ЭХО КГ - дилатация всех полостей сердца, относительная недостаточность МК, ДДЛЖ I тип, акинезия передней, передне-перегородочной области. Данному больному на третьи сутки были назначены инъекции гепарина, на седьмые - варфарин в дозе 5 мг (под

контролем мно). Клиническое улучшение наступило на 7-е сутки. Больной в отделении находился 22 дня. После назначенной терапии антикоагулянтами, рецидива одышки не было, t тела оставалась нормальной. Больной выписан с улучшением.

II. Пациент Д, 1936 г.р., ИМТ 28,12кг/м2.доставлен в терапевтическое отделение БСП с Ds: Острая правосторонняя пневмония? Жалобы: Одышка постоянная, усиливается при малейшей физической нагрузке, кашель с белой мокротой, повышение t до 39С. При осмотре: АД 150/90Hg, ЧСС 128в, ЧД 30в, t -39,2 С. Признаков тромбофлебита нижних конечностей нет. В анамнезе пульмонэктомия слева – 20 лет назад по поводу с-r. Госпитализируется с Ds :Хронический бронхит? Внебольничная пневмония справа? Интоксикационный синдром.

1. Rh ОГК –Состояние после пульмонэктомии левого легкого, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.
2. ЭКГ – р синусовый 92в, ГЛЖ. Умеренные изменения в миокарде.
3. Клинический анализ крови – лейк -13,0 * 109, Hb -94г/л, тромб -213 *109, СОЭ -65 мм/ч.
4. Б/х билирубин -6,8, АСТ -23 Е/л, АЛТ -10 Е/л, мочевина -13,0, креатинин -137,0 мкмоль/л. ПТИ -74%, ф-ген -4,44 г/л.

Назначены, а/б –ампициллин, в/в эуфиллин, преднизолон, ингаляции б/литиков, после чего наступило улучшение общего состояния в виде значительного уменьшения одышки – ЧД 15 в минуту. На следующий день жалобы на боли в правой половине грудной клетки умеренного характера, других жалоб больной не предъявлял. Состояние расценивалось как средней степени тяжести из-за болевого синдрома. Одышка не беспокоила. На 3 сутки самочувствие значительно ухудшилось: вновь регистрируется повышение t до 39С, беспокоит сильная боль в правом подреберье, сухость во рту, ЧД -28в, снижение АД до 60/20 Hg.Приглашен на консультацию хирург, предположительный Ds: Острый деструктивный холецистит, больной переводится в отделение реанимации, где повторно выполнена Rh графия ОГК: Справа в С4-5 затемнение средней интенсивности однородной структуры с нечеткими контурами, легочной рисунок обогащен и деформирован. З-е: С/после пульмонэктомии слева, пневмония в С4-С5 справа. УЗИ ОБП: ЖКБ, обострение (стенки до 0,5 см, в шейке камне -0,8см). Пациент был повторно осмотрен хирургом – данных за хирургическую патологию нет. В связи с выраженной ДН выполнена интубация трахеи, переведен на аппарат ИВЛ. Повторно осматривается хирургом – клинически данных за деструкцию желчного пузыря нет, несмотря на признаки воспаления стенки желчного пузыря по УЗИ. Интоксикация обусловлена пневмонией в единственном легком.

Следующее Rh исследование: отрицательная динамика в виде появления венозного застоя в правом легком II ст., инфильтрация сохраняется в пределах средней доли.

Пациент повторно осматривается терапевтом: состояние крайне тяжелое, находится на аппарате ИВЛ, больших дозах вазопрессоров. Таким образом, учитывая клинико–рентгенологическую картину: повышение t до 39С, боли в правой половине грудной клетки, одышку, гипотонию, Rh –чески –поражение всего 2-х сегментов в единственном легком, появление венозного застоя может говорить о ТЭЛА, осл. инфаркт-пневмонией в единственном правом легком. Назначается исследование крови на D – димер, результат – слабо положительный. Данный больной, к сожалению, умер. При патологоанатомическом вскрытии: ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии, инфаркт-пневмония нижней доли единственного правого легкого. Легочно-сердечная недостаточность. Острый калькулезный умеренно выраженный холецистит. Совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Вот вам и еще одна « маска» ТЭЛА.

Вывод: Моя клиническая практика показывает, что участились случаи инфаркт-пневмоний у больных с бронхолегочной патологией, участились случаи госпитализации больных с первоначальными Ds: острых внебольничных пневмоний, с затяжным течением, без уточнения возбудителя, когда на фоне мнимого клинического благополучия, улучшение данных по Rh ОГК, наступает рецидив заболевания в виде появления одышки, кашля, плевральных болей, в ряде случаев ухудшаются гемодинамические показатели. Таким образом, уважаемые коллеги, я не призываю вас к гипердиагностике данного заболевания, но мы всегда должны помнить о нем и больным, находящимся в группе риска, назначать профилактические дозы, а при подтверждении диагноза, лечебные дозы прямых и непрямых антикоагулянтов.

Список используемой литературы:

1. Журнал «Пульмонология», том 25, № 5, 2015.
2. Журнал «Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости» №4 (66) 2013
3. Котельников М.В. Тромбоэмболия легочной артерии (современные подходы к диагностике и лечению). – М.,2002.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКА ТЕПЛОВОГО ШОКА HSPB1 ПРИ НЕАМПЛИФИЦИРОВАННОЙ ГИПЕРЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА HER2 В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.В. Богатюк, *ФГБНУ «Томский НИИ онкологии» (г. Томск); МБУЗ ЦГБ Централизованная клинико-диагностическая лаборатория (г. Междуреченск)*

Е.В. Кайгородова, *ФГБНУ «Томский НИИ онкологии»; лаборатория трансляционной клеточной и молекулярной биомедицины, НИ «Томский государственный университет»; ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (г. Томск)*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является социально значимым заболеванием, так как устойчиво занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности среди женского населения. В настоящее время известно, что экспрессия рецептора Her2 (Human epidermal growth factor receptor 2), наблюдаемая в 15-30% случаев всех карцином молочной железы, ассоциируется с неблагоприятным прогнозом и является показанием для назначения таргетной терапии [2,9]. Эффективность данной терапии связана с определенным уровнем презентации Her2 на мембране опухолевых клеток. Предполагается, что основным механизмом формирования гиперэкспрессии Her2 является амплификация гена ERBB2, локализованного на 17 хромосоме. Однако результаты крупных исследований показали, что среди группы пациентов с «3+» результатом иммуногистохимического исследования (ИГХ), в определенном проценте случаев не выявляется амплификация гена ERBB2, в том числе и при умеренной его экспрессии на «2+» [3,9,10]. В формировании Her2-позитивного статуса при отсутствии амплификации ERBB2 могут быть задействованы белки, регулирующие процессы трансляции, транскрипции, деградации Her2, поддержания презентации Her2 на мембране клеток и т.д.

Потенциальным участником гиперэкспрессии Her2 при отсутствии амплификации его гена ERBB2 в опухолевых клетках РМЖ может быть молекулярный шаперон HspB1 (Heat shock proteins B1). Известно, что HspB1, находясь в разном фосфорилированном состоянии, поддерживает функциональную активность ядерных и цитоплазматических биомолекул (белки цитоскелета, ростовые факторы, рецепторы, регуляторы стабилизации мРНК, факторы транскрипции и т.д.) [4,6]. В том числе, было показано, что аберрантная экспрессия HspB1 в Her2-позитивных опухолевых клетках РМЖ, связана с агрессивным опухолевым фенотипом и повышенной устойчивостью к терапии [5,7].

Цель исследования: оценить особенности функционального состояния HspB1 в формировании диссонанса гиперэкспрессии рецептора Her2 при отрицательной амплификации ERBB2 в опухолевых клетках рака молочной железы.

Материал и методы. В качестве исследованного материала были использованы биопсийные образцы опухолевой ткани молочной железы 105 больных в возрасте 53±12 лет с диагнозом инвазивной карциномы неспецифического типа стадии $T_{1-3}N_{0-3}M_0$, получавших лечение в отделении общей онкологии ФГБНУ «Томского НИИ онкологии». Материал фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина. Проводка материала и изготовление гистологических препаратов осуществлялись по стандартной методике. Определение экспрессии фосфорилированной (pHspB1) и нефосфорилированной формы HspB1, рецептора Her2 осуществлялся ИГХ-методом. Для определения HspB1 и pHspB1 (phospho-S78) использовали моноклональные антитела фирмы «Abcam» (Великобритания) (к HspB1-клон G3.1, рабочее разведение 1:500; к pHspB1-клон Y175, рабочее разведение 1:300). Экспрессию HspB1 и pHspB1 оценивали по процентному содержанию положительно окрашенных клеток с ядерной (HspB1-Я, pHspB1-Я) и цитоплазматической (HspB1-Ц, HspB1-Ц) локализацией. Для определения рецептора Her2 использовали поликлональные антитела фирмы «Dako» (Дания) (рабочее разведение 1:500, кроличьи). Амплификацию гена ERBB2 определяли FISH-методом с использованием зондов меченных флюорохромами (SpectrumOrange к ERBB2, SpectrumGreen к CEP17) фирмы «Abbott Molecular» (США). Установление Her2-статуса ИГХ и FISH-методами оценивали согласно рекомендациям ASCO/CAP (2013).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 19. Проверку нормальности распределения количественных показателей проводили с использованием критерия Шапиро – Уилка. При описании количественных признаков использовали медиану (Me) и квартели ($Q_{25\%}$-$Q_{75\%}$). Для оценки достоверности различий между независимыми количественными выборками применяли непараметрический критерий Краскела–Уоллиса. В случае обнаружения статистически значимых различий между группами проводили попарный анализ с использованием критерия Манна–Уитни. Оценка зависимости между количественными переменными проводилась по коэффициенту корреляции Спирмена (r). Различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Мы установили, что в опухолевых клетках РМЖ HspB1-Я встречалась в 26,7% случаев, pHspB1– в 27,6%, HspB1-Ц − в 79%, pHspB1-фЦ – 41%. При этом уровень экспрессии HspB1-Я, pHspB1-Я, HspB1-Ц, pHspB1-Ц отрицательно коррелировал с возрастом пациенток, и был достоверно высоким в группе больных с сохраненным менструальным циклом. В связи с чем мы рассмотрели особенности функционального состояния HspB1 в исследуемых

группах в зависимости от репродуктивной функции больных. Так, из 38 пациентов с сохраненной репродуктивной функцией в группу с негативной презентацией Her2 («Her2−») вошли – 6 (15,8%), с ИГХ-положительной оценкой экспрессии Her2 (2+/3+) и отрицательной амплификацией ERBB2 («Her2d»-группа диссонанса) − 11 (28,9%), с положительной экспрессией Her2 вследствие амплификации ERBB2 («Her2+») − 21 (55,3%). Анализ показал, что количество HspB1-Ц позитивных клеток в «Her2d» (90(27,3-100)%) и «Her2+» (99(72-100)%) группах было достоверно выше, чем в «Her2−» группе (4,5(0-18)%) ($p_{м/гр}$=0,025). При этом количество HspB1-Ц-экспрессированных клеток в группе «Her2d» и «Her2+» не имело достоверных различий (p=0,51). Вероятно, нефосфорилированная форма HspB1, обладая высокой шаперонной активностью, обеспечивает правильную трехмерную структуру и стойкую презентацию рецептора на мембране опухолевых клеток [1,7].

Из 67 больных РМЖ с постменопаузальным статусом - 14 (20,9%) пациенток были распределены в группу «Her2−», 15 (22,4%) − «Her2d», 38 (56,7%) − «Her2+». В данном случае мы показали, что в группе «Her2−» (6,5(0-19)%) наблюдался высокий уровень экспрессии pHspB1-Ц, по сравнению с «Her2d» (0 (0-0)%) (p=0,012) и «Her2+» группами (0(0-2,5)%) (p=0,14). Кроме того, между «Her2d» и «Her2+» группами количество pHspB1-Ц-экспрессированных клеток не имело достоверных различий (p=0,25). Также была обнаружена обратная линейная зависимость pHspB1-Я и pHspB1-Ц с количеством Her2-позитивных клеток (r=-0,244, p=0,012; r=-0,162, p=0,097, соответственно) и положительная корреляционная взаимосвязь с показателем сигналов гена ERBB2 (r=0,240, p=0,036; r=0,201, p=0,08, соответственно). Полученные данные позволяют предположить, что низкий уровень фосфорилирования HspB1 связан с замедлением протеосомальной деградации рецептора и низким уровнем негативных регуляторов синтеза Her2, например, микроРНК125b [6,8].

Выводы. Таким образом, экспрессия рецептора Her2 при отсутствии амплификации ERBB2 в опухолевых клетках рака молочной железы связана с функциональным статусом HspB1 (фосфорилированное состояние и внутриклеточная локализация шаперона). Низкий фосфорилированный статус HspB1 и высокий уровень нефосфорилированной формы шаперона в цитоплазме опухолевых клеток рака молочной железы являются факторами формирования диссонанса гиперэкспрессии Her2 при отсутствии амплификации ERBB2. Ядерная фосфорилированная форма HspB1 функционально является негативным регулятором экспрессии Her2 на мембране опухолевых клеток рака молочной железы. У пациенток с сохраненным менструальным циклом экспрессия HspB1 в опухолевых клетках рака молочной железы выше, чем у исследуемых с постменопаузальным статусом.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента № МД-168.2014.7 и РФФИ 15-34-20864 мол_а_вед.

Список литературы:

1. Arrigo A-P., Simona S., Giberta B., Kretz-Remya C., Nivona M., Czekallaa A., Guilleta D., Moulina M., Diaz-Latouda C., Vicartb P. Hsp27 (HspB1) and αB-crystallin (HspB5) as therapeutic targets. //FEBS Letters. 2007. Vol.581. P. 3665-74.
2. Fan Y.S., Casas C.E., Peng J., Watkins M., Fan L., Chapman J., Ikpatt O.F., Gomez C., Zhao W., Reis I.M. HER2 FISH classification of equivocal HER2 IHC breast cancers with use of the 2013 ASCO/CAP practice guideline. //Breast Cancer Res Treat. 2016. Vol. 155 (3). P. 457-62.
3. Hanna W.M., Rüschoff J., Bilous M., Coudry R.A., Dowsett M., Osamura R.Y., Penault-Llorca F., van de Vijver M., Viale G. HER2 in situ hybridization in breast cancer: clinical implications of polysomy 17 and genetic heterogeneity. //Mod Pathol. 2014. Vol. 27 (1). P. 4-18.
4. Kaigorodova E.V., Bogatyuk M.V. Heat Shock Proteins as Prognostic Markers of Cancer. //Current Cancer Drug Targets. 2014. Vol. 14(8). P. 713-26.
5. Kaigorodova E.V., Zavyalova M.V., Bogatyuk M.V., Tarabanovskaya N.A., Slonimskaya E.M., Perelmuter V.M. Relationship between the expression of phosphorylated heat shock protein beta-1 with lymph node metastases of breast cancer. //Cancer Biomark. 2015. Vol. 15 (2). P. 143-50.
6. Katsogiannou M., Andrieu C., Baylot V., Baudot A., Dusetti N.J., Gayet O., Finetti P., Garrido C., Birnbaum D., Bertucci F., Brun C., Rocchi P. The Functional Landscape of Hsp27 Reveals New Cellular Processes such as DNA Repair and Alternative Splicing and Proposes Novel Anticancer Targets. //Mol Cell Proteomics. 2014. Vol. 13 (12). P. 3585-601.
7. Kim M.K., Kim S.C., Kim W.K., Kim K., Kim K.-H., Yoo B.C. HSP27 phosphorylation inhibitor regulates Her2 expression in human breast cancer cell line SK-BR-3 with induced Herceptin resistance. // EPMA J. 2014. Vol. 5 (1). P. 47.
8. Ozgür A., Tutar L., Tutar Y. Regulation of Heat Shock Proteins by miRNAs in Human Breast Cancer. //MicroRNA. 2014. Vol. 3. P. 118-135.
9. Rakha E.A., Pinder S.E., Bartlett J.M.S., Ibrahim M., Starczynski J., Carder P.J., Provenzano E., Hanby A., Hales S., Lee A.H.S., Ellis I.O. Updated UK Recommendations for HER2 assessment in breast cancer. //J Clin Pathol. 2015. Vol. 68 (2). P. 93-99.
10. Sapino A., Goia M., Recupero D., Marchiò C. Current Challenges for HER2 Testing in Diagnostic Pathology: State of the Art and Controversial Issues. //Front Oncol. 2013. Vol. 3. P. 129.

«НЕ ОТКЛАДЫВАЙ НА ЗАВТРА ВАКЦИНАЦИЮ, КОТОРАЯ МОГЛА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА СЕГОДНЯ»

Л. А. Гербушева,
врач-педиатр, заведующая педиатрическим отделением детской поликлиники

Каждый из нас знает, что в истории человечества бывали эпидемии, которые уносили жизни сотен тысяч и даже миллионов людей. Целые города вымирали от различных заболеваний, которые были страшнее войн – от болезней некуда было спрятаться, невозможно убежать. Дети – одна из самых уязвимых групп риска для инфекционных заболеваний. Инфекция – это очень серьезная вещь. Она как пожар. Она возникает внезапно, и остановить ее очень сложно. Известно, что благодаря иммунизации по всем возрастным группам населения ежегодно в мире предотвращается 2,5 миллиона случаев смерти. Несмотря на это беспрецедентное достижение, около 1,5 миллиона детей по-прежнему умирают от болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. Это составляет почти 20% от общей смертности среди детей до пяти лет, достигающей в настоящее время около 6,5 миллионов случаев в год (почти 19 000 детей умирает ежедневно и почти 800 – ежечасно). Одним из факторов, способствующих распространению инфекционных и вирусных заболеваний, являются миграция потоков населения и туризм. Перемещение человеческих масс по планете влияет на уровень здоровья нации.

Многие несерьезно относятся к заболеванию корью, считая ее «обычной» детской болезнью, в то время как корь является чрезвычайно опасным заболеванием и одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста. От дифтерии высокая летальность. Такой «банальный» коклюш крайне опасен для детей младше 2-х лет – по данным ВОЗ, в 2008 году 195 000 детей погибло от этого заболевания. Или, краснуха, которая, несмотря на легкость протекания самой болезни, у беременных может приводить к серьезным последствиям, вызывая гибель плода или врожденные пороки развития, известные, как синдром врожденной краснухи (СВК). Конечно, некоторые инфекционные заболевания поддаются излечению. Например, туберкулез, который можно излечивать в большинстве случаев – при условии надлежащего обеспечения и приема эффективных антибактериальных препаратов. Но инфекции становятся все более устойчивыми к антибиотикам, и их очень сложно вылечить. Однако у не вакцинированных лиц не только сама болезнь протекает тяжело, но и лечение длится долго, а риск осложнений крайне высок. В то время как прививка обеспечивает защиту от развития таких опасных осложнений, как туберкулезный менингит и диссеминированная форма туберкулеза.

В то же время некоторые болезни невозможно излечить в принципе. Например, не существует лечения от полиомиелита, его можно только предотвращать с

помощью вакцинации. Может быть, сегодня уже не все помнят, насколько опасен полиомиелит, а ведь в одном случае из 200 при этом заболевании развивается необратимый паралич. Корь, ветряная оспа- это те инфекции, при которых нередко у заболевших развивается энцефалит. А такое обыденное заболевание, как эпидемический паротит, может стать причиной развития бесплодия, преимущественно у мальчиков. После перенесенного гепатита В увеличивается риск опухолевых заболеваний печени. Грипп, пневмония, гемофильная, менингококковая инфекции, рак шейки матки, клещевой энцефалит и многие другие заболевания управляются вакцинацией. И в эту группу постоянно добавляются все новые и новые заболевания.

Вакцинация остается единственным надежным средством профилактики. Вакцинопрофилактика направлена на предотвращение возникновения эпидемий, снижение смертности и предотвращение осложнений и инвалидизации в результате заболеваний. В определённой мере человечество обязано вакцинопрофилактике увеличением продолжительности жизни. Но сегодня, когда мы живем в современном мире, таком комфортном и таком, на первый взгляд, безопасном (ведь нет таких опустошительных вспышек эпидемий), не все осознают важность, а порой и жизненную необходимость прививок. К сожалению, рост количества случаев заболеваний по целому ряду инфекционных болезней вызван тем, что многие не очень хорошо себе представляют последствия отказа от прививок. Проведен анализ количества детей, не имеющих ни одной прививки АКДС (коклюш, дифтерия, столбняк) и полиомиелита в г. Междуреченске.

Таблица № 1.

Анализ количества детей, не привитых против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита в г. Междуреченске.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Количество детского населения	21750	21383	21297	21436	21480	21194	21617	21760	22173
Всего не привито, из них по причине	**24**	**44**	**54**	**88**	**121**	**160**	**193**	**183**	**172**
%	**0,1**	**0,2**	**0,3**	**0,4**	**0,6**	**0,8**	**0,9**	**0,8**	**0,8**
Постоянных м/о	1	2	4	0	1	0	4	5	0
%	0,01	0,01	0,02	0	0,01	0	0,02	0,02	0
Длительных м/о	6	8	4	9	9	7	12	13	13
%	0,03	0,04	0,02	0,04	0,04	0,03	0,06	0,06	0,06
Отказов	**17**	**34**	**46**	**79**	**110**	**153**	**177**	**165**	**159**
%	**0,1**	**0,2**	**0,2**	**0,4**	**0,5**	**0,7**	**0,8**	**0,8**	**0,7**

Вывод: количество детей, не имеющих ни одной прививки, увеличилось с 2007 г. до 2013 г. в 8 раз. С 2013 г. по 2015 г. отмечается тенденция к незначительному уменьшению детей, не имеющих ни одной прививки. Увеличивается количество детей, находящихся в стадии вакцинации и отказывающихся от последующей вакцинации или ревакцинации. На этапе родильного отделения количество не привитых детей против туберкулеза и гепатита В в 2 раза меньше, но увеличивается количество детей, имеющих длительные медицинские отводы (от ВИЧ-инфицированных матерей). В 2015 г. родилось 1096 человек, из них привито 984 человека (89,8 %), не привито 112 человек (10,2 %), по причине медицинского отвода 92 человека (82,1 %), по причине отказа 20 (17,9 %). Не привитые дети обязаны своим здоровьем тем детям и их родителям, которые вакцинируют своих детей, сохраняя тем самым высокую привитость от 95 до 99 %.

Таблица № 2.

Анализ причин отказов от профилактических прививок за 2015 г.
(159 детей не привито по причине отказов):

№ п/п	Причины отказов	Абсолютное количество детей	%
1	Вакцинация сопровождается сильными реакциями, поствакцинальными осложнениями и может быть причиной внезапной смерти.	32	20
2	Вакцинация против некоторых инфекций (коклюша, туберкулеза, гриппа…) не эффективна. Дает много реакций и ПВО. От некоторых вакцин можно заболеть.	31	19
3	Вакцинировать детей не нужно, так как естественного иммунитета вполне достаточно для защиты против любой инфекции. Лучше получить иммунитет в результате болезни, чем вакцинации.	29	18
4	Предотвращаемые с помощью вакцин болезни ликвидированы, поэтому нет оснований подвергаться вакцинации.	19	12
5	Профилактические прививки ослабляют и губят иммунитет, ребенок начинает чаще болеть.	19	12
6	Состав вакцин наносит непоправимый вред здоровью ребенка. Во многие вакцины в качестве консервантов добавляют ртуть, и это вызывает аутизм. Вакцина против гепатита В разрушает печень.	13	8

7	Вакцинация детей с различными заболеваниями еще больше нарушает их здоровье, поэтому прививать их нельзя.	12	8
8	Религиозные убеждения	4	3

Учитывая перечисленные причины отказов и «небывалую» осведомленность родителей, врачам-педиатрам необходимо иметь огромную убежденность о необходимости и важности иммунизации. Все же решение делать прививку своему ребенку или нет, принимает только родитель или законный представитель ребенка. Настораживает не только позиция родителей, но и позиция некоторых врачей. На вопрос: «Рекомендуете ли вы своему пациенту ставить профилактические прививки, в том числе против гриппа, клещевого энцефалита и других прививок», около 24 % врачей не рекомендуют.

Основная причина отказов родителей - это боязнь ПВО. Перед прививкой родители должны получить полную информацию о предстоящей прививке и в том числе о возможных реакциях на введение вакцины. Очень серьезные побочные эффекты чрезвычайно редки и тщательно отслеживаются и расследуются. Мнение об опасности прививок поддерживается, главным образом тем, что в период после вакцинации у ребенка могут возникнуть различные нарушения здоровья, которые чаще всего принимают за поствакцинальное осложнение. Неблагоприятные события, возникшие после прививки, не следует считать поствакцинальным осложнением (ПВО) до тех пор, пока не будет установлена их возможная причинно-следственная связь, а не только временная связь с вакцинацией.

Таблица № 3.

Перечень заболеваний, подлежащих регистрации, расследованию и информации вышестоящих органов госсанэпиднадзора (МУ 3.3.1.1123-02)

Клинические формы	**Вакцина**	**Сроки появления**
Анафилактический шок, анафилактоидная реакция, коллапс	все, кроме БЦЖ и ОПВ	первые 12 часов
Тяжелые, генерализованные аллергические реакции (с-мСтивенса-Джонсона, Лайела, рецидивирующие отеки Квинке, сыпи и др.)	все, кроме БЦЖ и ОПВ	до 3 суток
Синдром сывороточной болезни	все, кроме БЦЖ и ОПВ	до 15 суток
Энцефалит, энцефалопатия, энцефаломиелит, миелит, неврит, полирадикулоневрит, синдром ГИйена-Барре	инактивированные живые вакцины	до 10 суток 5 - 30 суток

Серозный менингит	живые вакцины	10 - 30 суток
Афебильные судороги	инактивированные живые вакцины	до 7 суток до 15 суток
Острый миокардит, нефрит, агранулоцитоз, тромбоцитопеническая пурпура, анемия гипопластическая коллагенозы	все	до 30 суток
Хронический артрит	краснушная вакцина	до 30 суток
Вакциноассоциированный полиомиелит	у привитых у контактных	до 30 суток до 60 суток
Осложнения после БЦЖ прививки: холодный абсцесс, лимфаденит, келоидный рубец, остеит и др. Генерализованная БЦЖ-инфекция		в течение 1,5 лет после прививки
Абсцесс в месте введения	все вакцины	до 7 суток
Внезапная смерть, другие случаи летальных исходов, имеющие временную связь с прививкой	все вакцины	до 30 суток

Ежегодно в Междуреченске выполняется около 30 тысяч прививок детям. Регистрируются в основном допустимые местные и общие реакции на прививки, не превышающие определенных значений (7 %) , которые подлежат регистрации в медицинской документации. Имеют место другие неблагоприятные события в поствакцинальном периоде (от 0, 003 до 0,01 %), которые подлежат учету и расследованию. В таблице указаны необычные реакции в поствакцинальном периоде, которые разбирались утвержденной комиссией с предоставлением документов в областной отдел иммунопрофилактики, дети были госпитализированы в детскую больницу.

На различные вакцины могут регистрироваться сильные реакции: гиперемия, отек в месте введения вакцины свыше 8 см в диаметре, повышение температуры свыше 40 в сроки, определенные инструкцией по применению. Сильные реакции подлежат учету, их не более 0,3 %.

Таблица № 4.

Неблагоприятные события у детей в поствакцинальный период в г. Междуреченске.

Год	Всего	БЦЖ	АКДС, ИПВ	АДС-М	Клещевой энцефалит	Диаскин тест
2007	3 (7 лет)			сильная общая реакция (2 RV		

				АДС-М)		
2008	1 (6 мес.)	региональный лимфаденит подмышечных л/у				
2009	1 (14 лет)	холодный абсцесс, региональный лимфаденит подмышечных л/у				
2010	1 чел. (2 мес.)	региональный лимфаденит подмышечных л/у				
2011	1 (6 мес.)		сильная общая реакция, фебрильные судороги			
2012	1 (5 мес.)		сильная общая реакция, фебрильные судороги			
2013	2 (3 мес.) (9 лет)		Синдром Лайела (лекарственные препараты)		Сильная общая реакция	
2014	1		сильная общая реакция, судорожный синдром			
2015	1					Гиперэргическая реакция, лимфангит после проведения диаскин теста
2016						
Итог	12	3	4	3	1	1

Вывод: вероятность осложнения от вакцины в тысячи раз меньше, чем вероятность заболеть инфекцией и получить осложнения от болезни.

В заключение хочется сказать: важно, чтобы осознал каждый, что прививки врачи делают не просто так, потому что им так хочется, либо чтобы выполнить план прививок, а чтобы каждого конкретного маленького ребенка защитить от возможности заболеть инфекцией. За вакцинацией стоит будущее в профилактике многих инфекционных заболеваний, в том числе и онкологических, предотвращение эпидемий, увеличение продолжительности жизни, уменьшение смертности и инвалидизации, экономия огромных финансовых расходов. Перед врачами стоит огромная работа в этом направлении. Одна из заповедей Томаса Саари гласит: « Просветляй умы тех, кто не исполняет своего долга по защите потомства от инфекций!».

Список литературы:

1. В. К. Таточенко, Н. А. Озерецковский, А. М. Федоров. Иммуно-профилактика-2014 (Справочник). Москва 2014 г.
2. Постановление Правительства РФ от 02.08.1999 г. №885 «Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».
3. Методическими указаниями 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».
4. Методическими указаниями 3.3.1879-04 «Расследование поствакцинальных осложнений».

О РАБОТЕ ШКОЛЫ ПО ОТКАЗУ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Г.И. Иванова, *врач-терапевт,*
заведующая Центром здоровья МБУЗ ЦГБ

Сохранение и улучшение здоровья населения нашего города, информирование о вредных и опасных для здоровья факторах риска и, конечно, мотивирование к отказу от вредных привычек потребления алкоголя и табака – является главными задачами в работе Центра здоровья.

С этой целью и была открыта школа по отказу от табакокурения «Курение и здоровье» в 2013году.

Курение – вовсе не безопасное занятие, это настоящая наркомания и тем более опасна, что люди это не принимают всерьез.

Общество, семья и родственники, близкие люди курильщика, на мой взгляд, очень терпимо относятся к курильщику, хотя сигаретный дым, запах изо рта, внешний вид и, к тому же, материальные затраты не вызывают положительных эмоций.

Нам необходимо было повысить информированность населения о вреде табакокурения, в т.ч. пассивного. Организовали цикл лекций с демонстрацией видеофильмов о вреде табакокурения старшеклассникам в школах города под девизом «Некурящее поколение» и на предприятиях города. В Центре здоровья врачами была усилена работа по повышению мотивации у курящих к оздоровлению и выполнению рекомендаций врача. Школа проводится на базе Центра здоровья. Имеется все необходимое: наглядная агитация, печатные издания, мультипроектор с видеофильмами о производстве табачных изделий и вреде табака.

В процессе проведения школы проводится содержание карбоксигемоглобина в выдыхаемом воздухе.

Эффективность работы школы по отказу от табакокурения оценивается по количеству отказавшихся от табакокурения. С момента открытия школы в Центр здоровья обратилось 2325 курящих пациентов, из них:

мужчин-1376 -59,2%
женщин-949 -40,8%

Подверженные мотивации отказа от табакокурения были направлены в школу «Курение и здоровье». Их оказалось -396 человек:

мужчин-253-57,3%
женщин-36,1 %

Курение среди мужчин и женщин выглядит по-разному.

Курящих	мужчин	%	женщин	%	всего	%
	253	57,3	143	36,1	396	17,0
Легкое курение	2	0,75	84	58,7	48	
Умеренное курение	121	47,8	46	30,0	205	
Курение тяжелой степени	130	51,4	13	9,1	143	

Следует отметить, что у мужчин, в отличие от женщин, преобладает курение умеренной и тяжелой степени - 99,2%, когда количество выкуриваемых сигарет составляет в день от 20 и более. У женщин преобладает курение легкой степени-58,7% (до 5 сигарет в день) и умеренной степени-30,0% (до 10 сигарет в день). В связи с этим отказ от табакокурения у женщин происходит легче и с редким применением медикаментозных антиникотиновых препаратов.

Привлекались пациенты разных возрастов от 20 до 60 лет, но в основном лица трудоспособного возраста- 81,3%.

Статус курения у пациентов составляет от 2-х до 50 лет.

Подверженные мотивации отказу от табакокурения были направлены в школу “Курение и здоровье”.

Их оказалось 396 человек:
Мужчины 253 – 57,3%
Женщины 143 – 36,1%

В процессе обучения в школе “Курение и здоровье” курящий пациент подвергается не менее 5-6-кратной встрече с врачом в Центре здоровья и разговором по мобильному телефону.

Бросили курить за период работы школы по отказу от табакокурения -75 человек- 18,9 % от общего количества обучающихся.

Возврат к курению через 6 месяцев 12 человек – 16,0%
Через 1 год эти пациенты вновь отказались от курения – 3 чел.
Остались курящими - 9 чел.
Медикаментозную терапию использовали 28 чел – 7,07%

от применения никотиносодержащих медикаментов отказывались из-за высокой их стоимости. Снизили количество выкуриваемых сигарет от 5 и более (шт.) - 129 чел – 32,1%

Именно они являются потенциальными пациентами по отказу от табакокурения на будущее.

Школа “Курение и здоровье” среди населения города приобретает всё большую популярность. Но отказ от табакокурения не является легким.

Необходимо, прежде всего, желание самого человека бросить курить, а врач Центра здоровья всегда поможет пациенту сделать это правильно. Поэтому, результаты этой трудной работы не являются утешительными и для нас.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АКНЕ

Н.И.Кирищенко, Е.Н.Мусихина,
врачи- дерматологи ДВО

Акне - хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов.

Впервые термин акне для определения угревой сыпи на лице в 543 году предложил воспитанник Александрийской медицинской школы Аэций Амидийский, он считался первым византийским врачом императора Юстиниана.

Под различными названиями угри были описаны в произведениях Галена, Авиценны.

В развитии угревой болезни играют роль эндокринопатии, обменные нарушения, нарушения микроциркуляции кожи, дефицит цинка в организме, патология желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, центральной и вегетативной нервной системы, снижения барьерно-защитной функции кожи, наследственная предрасположенность, внешние факторы (в том числе выдавливание «прыщей»), хронические инфекции.

Актуальность проблемы акне обусловлена широким распространением среди подростков в пубертатный период и молодых людей от 19 до 35 лет.

Под наблюдением за 3 года находилось 139 пациентов с акне: в 2013году- 48 пациентов, 2014году- 37 пациентов, 2015 году- 54 пациента.

Таблица №1 Основные показатели больных акне

показатели	мужчины		женщины		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Число больных акне за 3 года	89	64	50	36	139	100
Возраст:						
- 14-18 лет	55	62	21	42	76	55
-19-24 года	19	21	13	26	32	23
- 25-35 лет	13	15	15	30	28	20
-больше 35 лет	2	2	1	2	3	2
Степень тяжести:						
-легкая степень	17	19	9	18	26	19
-средняя степень	30	34	59	59	59	42
-тяжелая степень	42	47	12	23	54	3
Исследовано на demodex	63	71	37	29	104	75
- Из них выявлен Demodex foii.	3	4,7	5	13,5	8	6

Большую часть больных акне за 3 года составили мужчины 64% (89 человек), женщины 36% (50 человек). Соотношение мужчин и женщин составило 1,8:1.

Наиболее высокий уровень заболеваемости как у мужчин (62%), так и у женщин (42%) отмечается в возрасте 14-18 лет. У мужчин с 18 до 40 лет заболеваемость постепенно снижается, уровень заболеваемости у женщин имеет несколько пиков повышения: с 14 по 18 лет (21 человек-42%) и с 25 по 35 лет (15 человек-30%).

По степени тяжести пациенты распределились следующим образом:

Степень легкая у 19% больных(26 человек) характеризовалась: комедонами и папулезно-пустулезными элементами;

средняя степень у 42% больных (59 человек) характеризовалась: комедонами, папуло-пустулезными элементами (более 10) и присутствовали единичные узлы;

тяжелая степень у 39% больных (54 человека) характеризовалась комедонами, большим количеством папуло-пустулезных элементов, узлами.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что чаще регистрируется средняя степень тяжести акне.

В зависимости от пола 1 степень акне наблюдалось в равном количестве как у мужчин, так и у женщин (19%); отмечены высокие показатели 2 степени тяжести процесса у женщин 59% по сравнению с мужчинами 34%; 3 степень тяжести процесса у мужчин зарегистрирована в 2 раза чаще, чем у женщин (47% и 23%).

Демодекс обнаружен у 6% больных (8 человек) с преобладанием у женщин (14%);

(5 человек) против 4,7% (3 человека) мужчин.

Таблица №2 Зависимость степени тяжести акне от Demodex foll.

Степень тяжести	Больные с demodex		Больные без demodex	
	Абс	%	абс	%
1	1	12,5	22	21
2	4	50	47	45
3	3	37,5	35	33,6

При присоединении клеща демодекс к основному заболеванию возрастает частота средней и тяжелой формы акне 50% против 45% и 37,5% против 33,6%.

Вышеизложенное позволяет констатировать, что у каждого 13-го больного клиническое течение акне утяжеляется за счет активации Demodex folliculorum. Заболевание при этом характеризуется среднетяжелым и тяжелым течением.

При сборе анамнеза установлено, что у 1/3 больных отмечена заболеваемость акне у родственников.

Тактика лечения угревой болезни зависит от возраста, пола, степени выраженности и распространенности клинических проявлений, наличие сопутствующей эндокринной и соматической патологии, степени психоэмоциональной адаптации пациента.

Базовая терапия: ежедневный уход (Joyskin, Avene, La roche-posay, сетафил), диета.

Таблица№3 Регистрация регресса высыпаний при местном лечении акне легкой и среднетяжелой степени тяжести по месяцам

Название препаратов	Всего		Улуч-ние через 3 мес		Улуч-ние через 6 мес		Выздоров-ление		Отсутствие эффекта	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Азалаиновая кислота	22	22,9	17	75	19	86	15	68	3	14
Базирон АС	10	11,8	6	60	8	80	5	50	2	20
Зинерит	8	9,4	4	50	5	62,5	4	50	3	37,5
Адапалены	35	41	28	80	32	91	27	77	3	9
Метрогил гель	10	14,9	6	65	7	70	6	60	3	30

В результате проведенного наблюдения отмечена высокая терапевтическая эффективность адапаленов при лечении акне легкой и средней степени: улучшение через 6 месяцев у 91% пациентов, выздоровление у 77%, отсутствие эффекта у 9%. На втором месте азелаиновая кислота: улучшение через 6 месяцев у 86% пациентов, выздоровление у 68%, отсутствие эффекта у 14% пациентов. Обострение при местном лечении наблюдалось в 22% случаев.

При среднетяжелых и тяжелых формах назначались системные антибиотики для купирования активности воспалительного процесса.

Таблица №4 Регистрация регресса высыпаний при лечении системными антибиотиками

Антибактериальные средства	всего	Эффекти-вность Через 2 нед		Эффекти-вность через 4 нед		Эффекти -вность через 8 нед		Без эффекта		Обострение после лечения	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Юнидокс солютаб	33	3	9	10	30	9	36	11	35	7	21
Эритромицин	7	1	14	3	43	0	0	3	43	1	14
Джозамицин	19	4	21	7	37	7	37	1	5	3	16

После лечения антибактериальными средствами обострение у 18% пациентов, из них 21% при лечении Юнидокс Солютаб, 16% при лечении Джозамицином, и 14% эритромицином.

Отмечается высокая терапевтическая эффективность препарата Джозамицин для лечения средних и тяжелых форм акне: эффективность препарата через 2 недели наблюдалась у 21% пациентов, через 8 недель у 37% и самый маленький процент(5%) дали пациенты без эффекта.

При тяжелых формах акне, неэффективности системной антибактериальной терапии и наружного лечения, а также при психологическом влиянии на качество жизни назначались системные ретиноиды.

В результате наблюдения клиническое излечение наступило у 91,2% пациентов. Основные признаки акне, пустулы и папулы у 60% при легкой степени тяжести разрешились к окончанию 1-го месяца терапии, у 75% пациентов при средней степени тяжести разрешились через 3 месяца терапии, у 81% пациентов с тяжелым течением акне через 5 месяцев терапии с формированием атрофических рубцов постакне.

Клиническое улучшение наблюдалось у 88%, без эффекта пациентов не было.

Побочные действия ретиноидов наблюдались у всех больных. Хейлит у 96,5% пациентов, ксероз у 94,7%, ретиноидный дерматит у 56%, сухость слизистых оболочек 45%. После окончания лечения побочные действия проходили.

Таким образом, на основании результатов наблюдения пациентов при легкой и средней степени тяжести можно рекомендовать адапалены в качестве монотерапии, для лечения среднетяжелых и тяжелых форм акне - системные антибиотики – Джозамицин, или системные ретиноиды.

Список литературы.

- Акне и акнеформные дерматозы, Москва 2014, А.В.Самцов.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДОНОРОВ КРОВИ НА БАЗЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ МБУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» Г.МЕЖДУРЕЧЕНСКА.

Е.В.Ковригина,
заведующая централизованной бактериологической лабораторией,
А.Д.Кияшко*, врач-бактериолог ЦБЛ*

Одной из важнейших задач службы крови является обеспечение инфекционной безопасности гемотрансфузий. В России эта проблема стоит особо остро в связи с высокой распространенностью вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.Для серологического скрининга донорской крови в РФ используются иммуноферментные тест-системы для определения поверхностного антигена вируса гепатита В, антител к вирусу гепатита С, антигена вируса иммунодефицита человека и антител к нему. Однако существование «серонегативного окна» - периода до наработки порогового уровня антигена и антител, приводит к возможности допуска к переливанию компонентов крови от инфицированного донора. В этот период (различной длительности для каждого вируса) даже самые высокочувствительные ИФА-тесты не способны выявить инфекционный агент. Наиболее остро стоит проблема профилактики ВИЧ- нфекции. Вероятность развития заболевания при введении инфицированных ВИЧ гемокомпонентов превышает 90%. Следует брать во внимание, что специфические антитела к ВИЧ хоть и образуются вскоре после инфицирования, но точное время их появления зависит от разных факторов, и возможность их выявления появляется лишь через 3-12 недель после инфицирования, а иногда антитела появляются только через 3-6 месяцев. Существенно сократить этот период, примерно до 6 дней при ВИЧ-инфекции, можно, используя наиболее чувствительные тест-системы ПЦР в реальном времени (реал-тайм). Этот метод обладает серьезными преимуществами по сравнению с ИФА: метод существенно свободней от ложноположительных результатов, так как является прямым методом, позволяющим определить наличие генома вирусов при отсутствии специфических антител и антигенов, и исключает перекрестные реакции, характеризуется высокими чувствительностью и специфичностью – детектируются единичные копии генома.

Приказ Минздравсоцразвития России от 06.06.2008г. № 261н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.09.2001г. № 364 «Об утверждении порядка обследования донора крови и ее компонентов» впервые регламентирует исследование образцов плазмы для фракционирования на наличие нуклеиновых кислот вирусов иммунодефицита, гепатитов В и С. Согласно данному приказу и Постановлению Главного государственного врача РФ от 11.01.2011г. № 1 об утверждении СП 3.1.5.2826-10

«Профилактика ВИЧ-инфекции», и Приказа ДОЗН №741 от 01.06.2012г. «О профилактике внутрибольничных инфекций в медицинских организациях Кемеровской области», компоненты крови с малым сроком годности (до 1 месяца) должны забираться от кадровых (повторных) доноров и дополнительно подтверждаться ПЦР методами.

Все вышесказанное делало актуальным и необходимым внедрение методов ПЦР в практику работы службы крови г. Междуреченска. Администрацией МБУЗ «Центральная городская больница» было принято решение проводить тестирование донаций на базе существующей ПЦР-лаборатории в составе централизованной бактериологической лаборатории. Начиная с марта 2014 года проводится тестирование донаций на наличие вирусов гепатитов В и С, и вируса иммунодефицита человека типа 1. С 2015 года на договорной основе сверх территориальной программы был заключен договор с СПК г. Мыски о тестировании плазмы крови доноров на базе централизованной бактериологической лаборатории.

Задачи настоящего исследования:

1. Провести мониторинг выявления гемотрансмиссивных инфекций у доноров крови с помощью мультиплексной тест-системы отечественного производства в формате минипул тестирования.

2. Оценить медико-экономическую эффективность использования отечественной тест-системы в скрининге доноров.

Материалы и методы: Серодиагностика гемотрансмиссивных инфекций проводится в лаборатории ЦПБС высокочувствительными тест-системами для ИФА-диагностики отечественных и зарубежных производителей.

На базе нашей лаборатории, с марта 2014 года и по 1 квартал 2016 года, было обследовано 6075 образцов плазмы крови доноров, из них 5011 образцов плазмы из отделения СПК МБУЗ «ЦГБ» г. Междуреченска, и 1064 образца плазмы крови доноров СПК МБУЗ «ЦГБ» г. Мыски. При этом пулы содержали как отрицательные, так и положительные образцы по результатам ИФА.

Кровь отбирали до кроводачи в стерильную пластиковую пробирку с раствором ЭДТА (200 мкл 3% ЭДТА на 5 мл крови). Анализу подвергали кровь, полученную в день донации, центрифугировали в течение 20 мин. при 1600g/мин., затем плазму отбирали в пробирки эппендорф.

Для уменьшения стоимости анализа и увеличения пропускной способности лаборатории мы объединяли образцы плазмы в мини-пулы из 2 до 10 образцов с общим объемом 1000 мкл. При этом использовали схему одинарного пулирования, когда каждый индивидуальный образец плазмы входит в состав только одного пула. Этот метод рекомендуется, если частота встречаемости положительных образцов в ПЦР-тестировании <1%, при анализе негативных проб после ИФА. Все

образцы исследовали методом ПЦР в режиме реального времени на амплификаторе «Rotor-GeneQ» (QIAGEN, Германия). Время выделения и постановки ПЦР составляет 1 ч 40 мин. Амплификация подготовленных ПЦР смесей проводится в течение 2 ч 30 мин, после чего проводится автоматический расчет результатов.

Для достижения максимальной чувствительности мы использовали метод выделения нуклеиновых кислот с помощью набора «МАГНО-сорб» из 1 мл плазмы с использованием магнитных штативов. Клинический образец обрабатывался лизирующим раствором в присутствии частиц магнетизированной силики (магнитного сорбента). В результате указанной процедуры получается высокоочищенный препарат нуклеиновой кислоты, что обеспечивает высокую аналитическую чувствительность ПЦР-исследования.

Для мультиплексного анализа использовали тест-систему «АмплиСенс HCV/HBV/HIV-FL» (производства ЦНИИЭ МЗ РФ). Набор реагентов АмплиСенс HCV/HBV/HIV-FL был разработан специально для обеспечения биологической безопасности при переливании крови, трансплантациях и производстве препаратов, содержащих компоненты крови.

Таблица 1

Аналитические характеристики набора «АмплиСенс HCV/HBV/HIV-FL»

Объем образца для выделения, мкл	Метод выделения	Аналитическая чувствительность выявления в пуле			
		HCV, МЕ/мл	HBV, МЕ/мл	HIV-1 копий/мл	HIV-2 копий/мл
100	Ручное выделение с реагентами «РИБО-сорб» и «РИБО-преп»	100	50	200	600
200	Ручное выделение с реагентами «МАГНО-сорб»	50	25	100	300
1000	Ручное выделение с реагентами «МАГНО-сорб»	**10**	**5**	**20**	**60**

Аналитическая чувствительность и специфичность тест-системы соответствует высочайшим мировым стандартам.

Амплификация и детекция нуклеиновых кислот всех трёх вирусов проводятся в одной пробирке, при этом мишени независимо детектируются по 4 каналам: РНК HCV по каналу Green, ДНК HBV по каналу Orange, РНК HIV по каналу Yellow;

экзогенный внутренний контроль - по каналу Red. Таким способом удается одновременно проводить расшифровку с точностью до возбудителя.

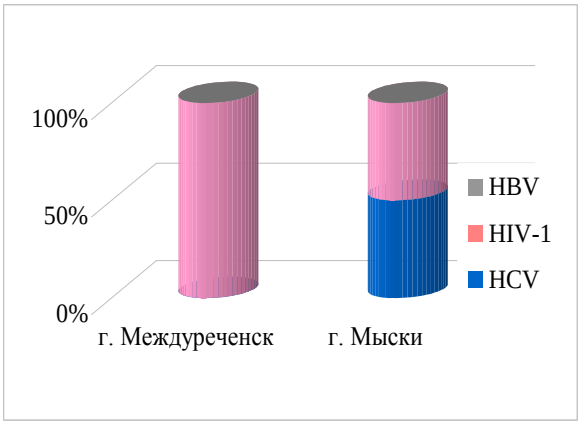
Если по результатам ПЦР-исследования мини-пула был получен отрицательный результат, то все образцы, входящие в состав данного мини-пула, считались также отрицательными. В случае положительного результата для мини-пула проводили дополнительное исследование всех индивидуальных образцов, входящих в состав мини-пула, для выявления источника инфекции.

Результаты: В результате тестирования 6075 образцов плазмы крови доноров (индивидуально и в 808 пулах) было выявлено 2 положительных результата по РНК HCVи 4 положительных результата по РНК HIV.

Таблица 2

Общее число донаций и ПЦР-позитивных, соответственно.

Служба крови	Число донаций	HCV		HIV-1		HBV	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
г.Междуреченск	5011	0	0	2	0,04	0	0
г.Мыски	1064	2	0,19	2	0,19	0	0
Итого:	**6075**	**2**	**0,03**	**4**	**0,07**	**0**	**0**



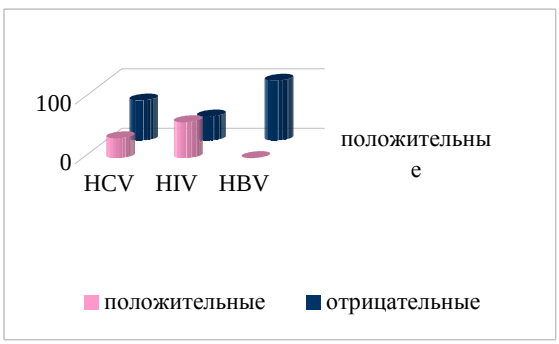
Из таблицы видно, что количество положительных находок и процент выявляемости в г. Мыски выше, чем в г. Междуреченске.

В ходе работы был получен 1 положительный результат по РНК HCVи 3 положительных результата по РНК HIV – все данные образцы были положительны в ИФА.

Таблица 3

ПЦР-анализы серопозитивных донаций

Вирус	Обследовано серопозитивных донаций	Полученные результаты ПЦР			
		Положительные	%	Отрицательные	%
HCV	3	1	33	2	67
HIV	5	3	60	2	40
HBV	4	0	0	4	100



С использованием ИФА-диагностики было дополнительно выявлено 4 положительных по содержанию HBsAg образца, но отрицательных по содержанию ДНК HBVв ПЦР-исследовании.

Также был обнаружен 1 образец, позитивный по РНК HCV, но негативный в ИФА по Анти-HCV и 1 образец, позитивный по РНК HIV, но негативный в ИФА по ВИЧ 1,2 АГ/АТ.

Таким образом, нами были выявлены 2 ПЦР-положительных случая у серонегативных доноров.

Для оценки экономической эффективности мультиплексного минипул тестирования необходимо посчитать затраты на проведение одного ПЦР-исследования. Стоимость одного исследования складывается из суммы прямых затрат, включающих стоимость реагентов и других расходных материалов, фонда заработной платы персонала лаборатории за период исследования, содержание помещений лаборатории, оплату коммунальных услуг, амортизацию оборудования лаборатории и пр.

С 2014 г. по 2015 г. стоимость одного исследования составляла 1110 руб., а на 2016 г – 1277 руб. При расчетах стоимость 5011 образцов плазмы крови доноров отделения СПК МБУЗ «ЦГБ» г. Междуреченска составила бы 5678776 руб., а при обследовании 584 пулов - 660431 руб. Экономия составила 88%.

Выводы. Анализируя полученные данные, можно сделать заключение:

1. Используя метод ПЦР-диагностики в режиме реального времени с набором реагентов «АмплиСенс HCV/HBV/HIV-FL», можно выявить потенциально опасных доноров в периоде «серонегативного окна».
2. Мультиплексное минипул тестирование уменьшает сроки диагностики и позволяет выдавать результат уже через пять часов после поступления материала.
3. Методы, выявляющие белковые маркеры вирусов ВГВ, ВГСи ВИЧ инфекции, с одной стороны, и методы, выявляющие нуклеиновые кислоты этих вирусов, дополняют друг друга и не являются альтернативными.
4. Особо важно, что экономическая эффективность применения мультиплексного тестирования не так важна, как медико-социальное значение выявления инфицированного донора, когда низкий уровень благосостояния людей делает невозможным получение необходимого лечения.

Таким образом, результаты исследования показали целесообразность использования отечественных технологий в ПЦР-диагностике для Службы крови.

Список литературы:

1. NAT-минипул-геноскринирование крови на основе международных стандартов ВОЗ – гарантия вирусной и бактериальной безопасности реципиентов. Российско-немецкий научно-методический сборник. Москва-Новосибирск-Франкфурт-на-Майне. 2004
2. Н.А. Федоров, Е.Г. Черкасов, А.А. Ёлов, Ю.С. Суханов, И.Б. Сущенко, М.П. Гришаев. Состояние проблемы NAT-минипул-тестирования

донорской крови на наличие HIV, HCVиHBV. Научно-методический сборник ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск. 2004
3. А.С. Коновалова, Д.Е. Киреев, Д.А. Куевда. Роль молекулярных методов выявления возбудителей инфекций при тестировании компонентов крови в службе донорства. ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва. 2010
4. Сегодня и завтра гемамплификации тестирования донорской крови на патогены. Сборник информационных материалов. Новосибирск. 2003

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У РОДИЛЬНИЦЫ, С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПОЛНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Кожан С.В.- *врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации*
Швец Ф.В.- *врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации*

В 2010 году исполнилось 50 лет алгоритму СЛР Петера Сафара, общеизвестному как принцип “АВСД”/. В предисловии к 3-му изданию “Сердечно-легочно-мозговая реанимация” П.Сафара и Н.Бирчера (1988г.), ставшему особенно популярным, авторы справедливо отмечали, что руководства по реанимации, написанные в 1950^{x} гг., касались в основном респираторной реанимации. Кстати, исск. дыхание “рот-в-рот”, с легкой руки П. Сафара, названное “поцелуй жизни” (“kiss of life”) было описано еще в Ветхом завете (4-я Книга Царств :4,34- “Пророк Елисей приложил уста к устам ребенка ...”). Однако техника процедуры была восстановлена лишь в 1950^{x}- Peter Safar и Games Elam. Впоследствии P. Safar совместил исск. дыхание с массажем сердца в алгоритме АВСД.

И в настоящий момент эффективное проведение комплекса СЛР является одной из важнейших практических проблем медицины. В подтверждение данного тезиса - регулярно обновляющиеся Guidelines ERC (European Resuscitation Counsil) по реанимации 2000, 2011, 2015 гг., одобренные Национальным советом по реанимации РФ.

Описание клинического случая:

Пациентка К. 07.11.1995г.р.(19 лет)- бронхиальная астма с 11 лет. Базисной терапии не получала. В 2010 году ежемесячно госпитализировалась с приступами удушья. В мае 2010г.- астматический статус, госпитализация в ОАРИТ МБУЗ ДГКБ №4 г. Новокузнецка. Далее терапия Серетидом - частота приступов снизилась. В декабре 2013г.- госпитализация в ОАРИТ г. Междуреченска (причина- пневмония. Экссудативный плеврит. Астматический статус. Необходимость в ИВЛ). Передана во взрослую сеть. Назначена терапия Серетид+ Преднизолон 10 мг при приступах удушья. Сформирован DS: Бронхиальная астма IV ступ., гормонозависимая. Частично контролируемое течение. Несмотря на проводимую терапию, ввиду низкой комплаентности пациентки в 2014 году- 4 раза госпитализировалась в терапевтическое отделение МБУЗ ЦГБ.

8.04.2015-первое обращение в женскую консультацию по поводу беременности (9 недель), далее 4 посещения. Каждое после неоднократного приглашения.

Отмечено, что пациентка с низкой комплаентностью. При адекватной терапии БА риск неблагоприятного исхода беременности не выше, чем у здоровой женщины. Залогом отсутствия проблем у беременной и плода является качественный

контроль БА весь период беременности. В данном случае он не проводился из-за низкой комплаентности беременной.

Пациентка поступила в терапевтическое отделение МБУЗ ЦГБ г. Междуреченска 08.09.2015 в 21^{35} с DS: Бронхиальная астма II ст. Частично контролируемое течение. Затянувшийся приступ удушья. ДН II-III. Сопутствующий DS: Беременность 31 нед. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Настоящее ухудшение в течение 2^{x} суток, когда появилась клиника ОРВИ. 08.09- некупирующийся приступ удушья.

Пациентке назначено обследование и лечение, однако, на фоне проводимой терапии состояние пациентки без положительной динамики. В 23^{50} консультирована врачом анестезиологом-реаниматологом дежурной бригады родильного дома. Рекомендован перевод пациентки в палату интенсивной терапии род. дома. Собран консилиум врачей .

DS: Бронхиальная астма. Ступень IV. ДН III ст. Астматический статус. Беременность 31 неделя. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Дистресс плода.

Учитывая тяжелое состояние беременной, связанное с острой дыхательной недостаточностью, угрожающее состояние плода (брадикардия 80-100 в/, снижение диастолической скорости кровотока в артерии пуповины), высокий риск перинатальных и материнских потерь, принято решение об экстренном родоразрешении путем кесарева сечения, в целом плодном пузыре.

9.09 00^{20}-00^{50} Лапаротомия. Экстренное кесарево сечение в условиях эндотрахеального наркоза - без особенностей. Родился ребенок женского пола, масса-1836 гр., дл.- 42 см на 5/6 баллов по Апгар.

DS: Недоношенность 31 нед.. Низкая масса тела. Респираторный дистресс-синдром новорожденного. Высокий риск внутриутробной инфекции.

Ребенок взят на ИВЛ. Эндотрахеально введен Куросурф. 9.09 в 11^{45} переведен в ОРИТН ГДКБ №4 г. Новокузнецка, бригадой реанимации-санавиации.

09.09 00^{50}- 8^{00}- ввиду исходной тяжести состояния родильницы, ПИВЛ наркозным аппаратом Chirana Venar через ЭТТ, со следующими параметрами:Vt- 600 мл, f/-14 / в минуту. Соотношение вдох : выдох- 1:2.5.(ИВЛ проводилась на фоне мед. седации р-ом ГОМК 20%, с использованием миорелаксантов). Сохранялось высокое давление в дыхательных путях- до 50 мм рт.ст.

Учитывая необходимость Rg-диагностики, мониторирования параметров гомеостаза, осуществления адекватной респираторной терапии, которые возможны только в условиях ОАРИТ, принято решение о переводе пациентки бригадой СМП, в сопровождении реаниматолога в отделение реанимации, на аппаратном ИВЛ.

В 8^{30} пациентка доставлена в ОАРИТ в тяжелом состоянии на ИВЛ мешком Амбу, начата ПИВЛ аппаратом Maquet Servo S в режиме CMV- высокое сопротивление в дых. путях. Нестабильные показатели центральной гемодинамики- PS-92 в|, АД-70/40 мм рт. ст.

В легких - дыхание резко ослаблено с обеих сторон, не проводится в нижние доли обоих легких. Грубые сухие хрипы. SpO_2- 86%. При насыщении газовой смеси кислородом-60%.

В 9^{00}- на фоне проводимой терапии, крайне тяжелого состояния - остановка сердечной деятельности.

В развитии острого расстройства гемодинамики у пациентки определенную роль сыграла транспортировка в крайне тяжелом состоянии в отделение реанимации для обеспечения ИВЛ на респираторе с мониторированием параметров гомеостаза, за отсутствием такового в родильном доме.

Начаты реанимационные мероприятия:

- ИВЛ через ЭТТ.
- Непрямой массаж сердца, с частотой ок. 100 компрессий/ мин.
- Р-р 0.1% Адреналина 1.0 мл в/в- болюсно №3.
- Р-р 0.1% Атропина 1.0 мл в/в- болюсно №2.
- Преднизолон 120 мг в/в-болюсно.

В течение проведения реанимационных мероприятий трехкратно проведена электростимуляция сердечной деятельности, биполярным электродефибриллятором с энергией 150-200-200 КДж- без эффекта.

С целью стабилизации клеточных мембран, возможного улучшения восприимчивости клеток проводящего пула:

- Амиодарон 300 мг в/в- медленно, в течение 2^x минут продолжен непрямой массаж,
- В 9^{20}- Последующая электростимуляция с энергией набора- 200 КДж восстановила сердечный ритм до ускоренного синусового.

Начата терапия постреанимационной болезни, включающая в себя:

1- Уход. Подъем головного конца кровати до уровня 40^o. Коррекция гипотермии.
2- Мед.седация, нейропротекция раствором 20% ГОМК.
3- Миоплегия р-ом Пипекурония, с целью недопущения подъемов ВЧД вследствие десинхронизации с аппаратом ИВЛ.
4- Гемодинамическая поддержка кровообращения комбинацией инотропных препаратов (Дофамин + Норадреналин).
5- Инфузионная терапия, с коррекцией водно-электролитного состава.
6- А/коагулянты.
7- Ингаляционная терапия БА (Беродуал + Пульмикорт).
8- Профилактика стресс-индуцированных повреждений ЖКТ (Квамател 20 мг-2р/сутки).

На фоне проводимой терапии бр. астмы, постреанимационной болезни состояние пациентки с уверенной положительной динамикой.

Таблица динамики состояния пациентки.

Дата	9.09.2015	10.09.2015	11.09.2015	12.09.2015	13.09.2015
Сознание. Когнитивные расстройства.	Мед.седация, миоплегия 22^{00}-вне седации-элементы сознания.	В сознании, поверхностное оглушение.	Поверхностное оглушение, дезориентирована в месте и времени.	В ясном сознании. Эмоциональная лабильность.	В ясном сознании, ориентирована верно.
Функция внешнего дыхания.	ИВЛ в режиме CMV	Экстубирована в 6^{30}. Функция внешнего дыхания клинически эффективна. ЧД- 18-20 в/. Инсуффляция увл.O_2- 2л/мин до 12.09. SpO_2-90-96-98%.			
Аускультативная картина в легких.	Дыхание резко ослаблено, не проводится в нижние доли. Грубые сухие хрипы.	Жесткое дыхание, проводится во все отделы. Единичные сухие хрипы. Выдох удлинен.	Жесткий тип дыхания. Проводится во все отделы легких. Единичные сухие хрипы справа.		Жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет.
Гемодинамическая поддержка.	Дофамин 19.3мкг/кг/мин	Дофамин 12.3 мкг/кг/мин.+ Норадреналин 0.2 мкг/кг/мин.	Норадреналин 0.23 мкг/кг/мин.	гемодинамическая поддержка кровообращения прекращена в 18^{00} 12.09.	
Лабораторные отклонения.	В целом, грубых изменений, характерных для постреанимационной болезни не было. Выраженные водно-электролитные нарушения, в виде гипернатриемии- max 11/09-158,3 ммоль/л; гипокалиемии- min 11/09-2.84 ммоль/л. Повышение АСТ и АЛТ до 1.5 норм. величины.				

14.09.2015- Пациентка в удовлетворительном состоянии, в ясном сознании, полностью ориентированная в месте, времени и личности переведена в терапевтическое отделение.

24.09.2015- В удовлетворительном состоянии, с рекомендациями по лечению бр. астмы, выписана на амбулаторный этап лечения.

Список литературы:

1- Guidelines ERC (European Resuscitation Counsil) по реанимации. Пересмотр 2015г.
2- Мороз В.В., Бобринская И.Г., Васильев В.Ю., Кузовлев А.Н., Спиридонова Е.А., Тишков Е.А. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. М.: НИИ ОР РАМН, ГОУ ВПО МГМСУ, 2011, 48 с..
3- Н.Ю. Семиголовский- “Эволюция алгоритмов СЛР при внезапной смерти; как мы весь мир опередили”. Журнал “ The Hospital” №1 (01) 2012г. Москва.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ДЕТЯМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА, В Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКЕ

И В. ***Ложкина,*** *врач детский эндокринолог высшей квалификационной категории, детская поликлиника*

Согласно Федеральному закону №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из основополагающих принципов охраны здоровья населения является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Сахарный диабет 1-го типа (СД1) у детей – заболевание хроническое, приводящее к системным осложнениям и инвалидности. Поскольку заболеваемость СД1 растет с каждым годом, задача организации качественной медицинской помощи привлекает все большее внимание эндокринологов и общества в целом. С 2013 года Фондом поддержки и развития филантропии (Фонд КАФ) при партнерстве ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, осуществляется государственная программа «Альфа – Эндо». В рамках программы проведено исследование качества и доступности медицинской помощи детям с СД1 в 6 регионах России. Результаты данного исследования были опубликованы в статье «Качество медицинской помощи, оказываемой детям с сахарным диабетом 1-го типа» в научно-практическом журнале «ПРОБЛЕМЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ» №4.2015.том 61. стр29-42. Кемеровская область не была включена в программу исследований, поэтому представляет интерес проведение сравнительного анализа качества медицинской помощи детям с СД1 в г. Междуреченске. Наше исследование проводилось по ряду основных, значимых показателей, доступных для корректной оценки результатов.

Материалы и методы исследования: анализ медицинской статистики; изучение амбулаторных карт; опрос родителей детей, больных СД1 (анкетирование); сравнительный анализ статистических данных и результатов исследования.

Цель исследования – определить необходимые стратегии повышения качества медицинской помощи, оказываемые детям с сахарным диабетом 1-го типа в г. Междуреченске.

В исследовании участвовали дети и подростки с СД1 – 34 человека, наблюдаемые детским эндокринологом в 2014-2015 году, болеющие на протяжении от 1 года до 16 лет. Анкетирование родителей детей больных СД1 проводилось на добровольной основе и осуществлялось заведующей детской поликлиникой при посещении поликлиники и по телефону.

Качество медицинской помощи определяется оценкой результата, оказанного на здоровье пациентов. При этом оценивается: качество жизни пациента; удовлетворенность медицинской помощью и ее доступностью; обеспеченность лекарствами и расходными материалами; заболеваемость, частота

осложнений и смертность; достижение целевых клинических индикаторов (показатели гликемии и Ac1Hb); мотивация пациентов к выполнению медицинских рекомендаций [1].

Результаты

В **таблице 1** приведена статистическая информация о пациентах с СД1 по данным регистра детей с СД1 за 2013 год в регионах исследования, проведенного по программе «Альфа-Эндо» в 6 регионах РФ (взяты мин. и макс. показатели) и в г. Междуреченске.

Показатель / регионы	Тюменская область	Санкт-Петербург	Город Междуреченск
Число детей в возрасте до 18 лет	278885	832000	20372
Число детей с СД1 типа в возрасте до 18 лет	274	1265	28
Распространенность на 100 тыс. (от 0 до 15)	52,8	135,9	119,1
Заболеваемость на 100 тыс. (от 0 до15 лет)	12,9	23,2	27,0

На различия показателей распространенности и заболеваемости СД1 у детей в регионах, возможно, влияют демографические, экологические и социально-экономические условия, географическое положение. В г. Междуреченске заболеваемость и распространенность СД1 у детей значительно превышает средне-российские показатели (13,2 и 72,4 на 100 тыс. детей от 0 до 15 лет). Уровень заболеваемости в Междуреченске варьирует в разные годовые периоды.

В **таблице 2** видим пик роста в 2014 году с последующим падением до 0.

Показатели / года	**2013**	**2014**	**2015**
Заболеваемость на 100 тыс. детей с 0 до15	27,0	43,0	0
Распространенность на 100 тыс. детей	119,1	139,6	135,6

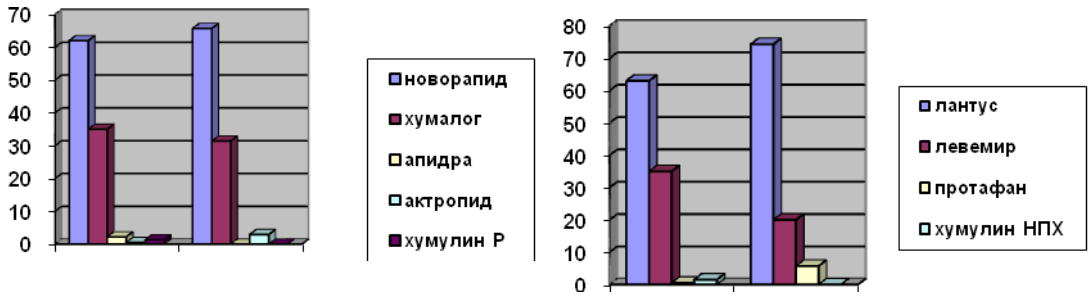
Система помощи детям с СД1 в г. Междуреченске организована в соответствии с порядком оказания помощи детям с эндокринной патологией. Амбулаторная помощь оказывается в детской поликлинике с возможностью консультативной помощи в обл. «Центре диабета». Стационарная помощь – в детских отделениях ЦГБ г. Междуреченска, ГДКБ№4 г. Новокузнецка и ОКБ г. Кемерово. При первичной постановке диагноза госпитализируются 100% пациентов. Частота госпитализаций составила 0,85 на 1 пациента в 2015 году. Более половины детей и подростков госпитализируются планово на текущее обследование. В стационарах и в детской поликлинике работают школы диабета для обучения родителей и детей с СД.

Обеспечение лекарствами, средствами контроля крови, расходными материалами

В Междуреченске, как и в исследованных регионах, нет проблем с назначением детям и подросткам аналогов инсулина. Потребность в тест полосках, при рекомендованном контроле гликемии, составляет 100 – 150 шт. в месяц. По данным опроса 86,7% детей измеряют глюкозу крови более 4 раз в день и только 13,3% 1-3 раза. Подростки на муниципальном льготном обеспечении получают бесплатно только инсулин, почти половина родителей в анкетах отметили, что покупали инсулины за свои деньги при отсутствии необходимых в аптеке.

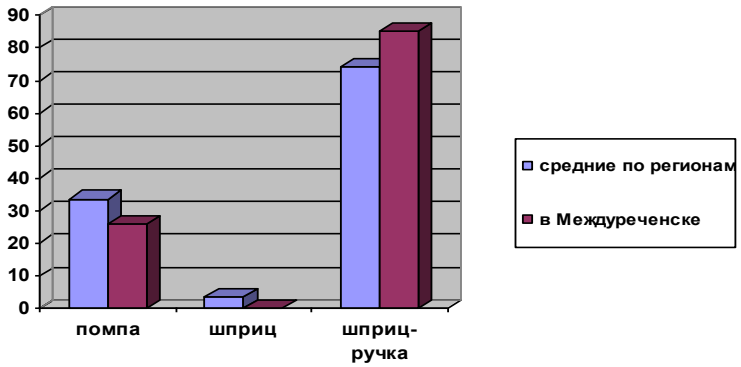
Рис. 1. Инсулинотерапия в РФ и г. Междуреченске

Инсулины короткого действия ***Инсулины длительного действия***



Растет число пациентов, использующих высокоэффективные методы доставки инсулина – инсулиновые помпы. Преимущество их в уменьшении числа болезненных инъекций, снижении риска гипогликемий, свободного времени перекусов. В городе 8 детей имеют помпы, 6 из них приобретены на средства ОМС по областной программе ВМП. Дорогостоящие «расходники» к помпе все наши родители покупают сами, что снижает количество желающих перейти на этот вид введения инсулина. Причем по данным из регионов, 40% детей получают расходные материалы к помпам бесплатно.

Рис. 2 Средства, используемые для введения инсулина, %.



Оказание медицинской помощи

При изучении амбулаторных карт следует отметить, что все дети и подростки ежегодно осматриваются офтальмологом с исследованием глазного дна, неврологом (без оценки всех видов чувствительности), ЭКГ и УЗИ – доступны в 100% случаев, электромиографическое исследование проведено 58% детям и

подросткам с СД1, данные о микроальбуминурии присутствовали у 41,6% пациентов. Почти половина детей посещает эндокринолога 1 раз в месяц, 2 подростка посещали эндокринолога 2 и 3 раза за год, остальные - не реже 1 раза в квартал. Все амбулаторные карты содержат информацию о весе, росте, ИМТ, половом развитии пациента. Показатели гликированного гемоглобина (Ac1Hb) являются в настоящее время наиболее значимыми для оценки контроля СД у детей, исследование должно проводиться 1 раз в квартал [3,5]. Доступность бесплатного обследования в регионах – 100%. 50% детей в нашем городе исследуют Ac1Hb 1-2 раза в год платно, а частота исследования остальной половины детей - составляет не более 2 в год. **Таблица 3** отражает показатели частоты определения Ac1Hb в регионах и г. Междуреченске*(данные за 2015 год)

Частота тестирования	Амбулаторные карты	Амбулаторные карты*	Интервью родителей	Интервью родителей*
Каждые 3 мес.	20,5 %	**28,6 %**	57,5 %	**40 %**
Каждые 6 мес.	37,1 %	**62,8 %**	25,8	**50 %**
Каждые 12 мес.	30,4 %	**8,6 %**	15,4	**10 %**
Реже 1 раза в год	12,0 %	**0**	1,3	**0**
Гликированный гемоглобин ниже 8%	38%	**52,9%**		

Как видно из таблицы, уровень целевых значений Ac1Hb в нашем городе достаточно высокий, а родители при опросе более критичны, чем в исследованных регионах.

Результаты лечения

В городе нет смертности у детей и подростков с СД1, в течение 3 лет в стационары не поступали пациенты в состоянии комы. О состоянии детей при госпитализации и частоте осложнений можно судить по данным **таблицы 4.**

Показатель	В регионах	В Междуреченске
Частота госпитализаций в год на 1 пациента	0,7 – 1,5	0,85
Доля детей госпитализированных с «кетоацидозом» (впервые выявленный СД), %	54 - 97	62,5
Доля детей с диабетической ретинопатией, %	0,8 – 6,9	5,8
Доля детей с нефропатией, %	2 – 9,9	5,8
Доля детей с полиневропатией, %	4 – 29,8	20,6

Следует отметить, что среди пациентов с известным диагнозом СД1, доля госпитализированных в состоянии «кетоацидоза» достаточно высокая и составила 8,8 % , что выше средних показателей в регионах -5 %. При анализе амбулаторных карт видно, что это дети с плохим контролем гликемии (реже 3 раз в день), игнорирующие своевременное обращение к эндокринологу при ухудшении показателей гликемии, нарушающие диету и режим инъекций инсулина.

Важным показателем качества жизни пациентов является их социальная адаптация. На домашнем обучении в городе находится только один ребенок (СД1 + туберкулез костей), остальные дети посещают школу. Половина детей дошкольного возраста посещает детские сады. 17,6 % детей и подростков занимаются в спортивных секциях, 23,5 % - посещают танцевальные кружки, музыкальную и художественную школы.

Согласно анкетным данным, все родители ответили, что удовлетворены медицинской помощью, оказываемой их ребенку с СД в поликлинике и стационарах. На вопрос «Как бы вы вообще оценили качество помощи детям с СД1 в поликлинике» по 5-балльной шкале, 36,7 % родителей дали оценку отлично, 56,7 % - хорошо, и только 6,6 % - удовлетворительно. Основными источниками информации о СД1 для родителей и детей является врач эндокринолог, обучение в школе диабета, на 3 месте – Интернет. Пользуются специальной литературой, выданной эндокринологом, – около 30% пациентов.

Выводы

Таким образом, данное исследование показало, что в г. Междуреченске высокий уровень заболеваемости и распространенности СД1 у детей, а детская эндокринологическая служба функционирует достаточно эффективно. Подавляющее большинство родителей детей с СД1 полностью удовлетворены качеством и доступностью медицинской помощи. Дети бесплатно обеспечены наилучшими препаратами инсулина, средствами доставки, тест полосками, доступны бесплатные лабораторно-инструментальные методы обследования. Более половины детей достигли целевого показателя Ac1Hb (8% и менее).

Для улучшения качества медицинской помощи детям с СД1 следует обратить внимание на необходимость бесплатного обследования гликированного гемоглобина – важнейшего показателя хорошего контроля заболевания, на доступность бесплатного получения аналогов инсулина и тест полосок для подростков по муниципальной льготе.

Необходимо улучшить работу с детьми и родителями, не выполняющими рекомендаций эндокринолога, что приводит к декомпенсации СД и развитию кетоацидоза. Эти дети требуют помощи грамотного клинического психолога и дополнительного контроля со стороны участкового педиатра.

Список литературы:

1. Акад. РАН И.И. Дедов, член-корр. РАН В.А. Петеркова, д.м.н. А.В. Карпушкина, д.м.н. Н.В. Вартапетова, О.Р. Швабский, М.А. Старовойтов, д.м.н. Е.Б. Башнина, к.м.н. А.В. Витебская, Е.С. Дедюкина, д.м.н. О.А.Малиевский, к.м.н. Е.Г. Михайлова, д.м.н. Ю.Г. Самойлова, к.м.н. Филимонова, д.м.н. Е.М. Храмова, к.м.н. М.С. Панкратова, к.м.н. П.Л. Окороков, И.С. Чугунов, А.С. Созаева. Качество медицинской помощи, оказываемое детям с сахарным диабетом 1-го типа.//Проблемы эндокринологии. -2015- Т. 61.-№4 – С. 29-42.

2. Приказ МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. № 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология».
3. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями/ Под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой, - М.: Практика; 2014. - 442 с.
4. Лаптев Д.Н. Преимущество помповой инсулинотерапии и систем мониторирования гликемии в реальном времени в отношении снижения частоты эпизодов гипогликемий у детей и подростков с СД 1-го типа.//проблемы эндокринологии. 2014.-Т.60.-№2-С.24-30.
5. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.:-2011.- 115с.

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «СИНДРОМЕ ОСТРОЙ МОШОНКИ» У ДЕТЕЙ

Е.Д. Лубган,
врач-хирург, отделение урологии и детской хирургии

Синдром острой мошонки - состояние, вызываемое воспалительными заболеваниями яичка и его придатка, перекрутом или его травмой.

Острые заболевания органов мошонки занимают второе место, после балонопаститов, среди заболеваний наружных половых органов у мальчиков и ежегодно составляют

0,9–1,2 % от количества всех хирургических больных, 2,2–3,1 % от больных с ургентной патологией и 4,6–6,7 % от больных урологического профиля (Горпинченко И.И., Малышкин И.Н. 1996). Особую важность эта патология приобретает в связи с прямым влиянием на будущую репродуктивную способность мужчин.

В литературе последних лет острые заболевания органов мошонки обозначаются как синдром «отечной» или «острой» мошонки.

Симптомы:

- асимметрия мошонки за счет увеличения ее одной половины;
- гиперемия половины или всей мошонки;
- болезненность при пальпации.

Этиология:

- инфекционное поражение: орхит, эпидидимит, орхоэпидидимит, гидатидит;
- механически: перекрут яичка, перекрут гидатиды;
- травматический характер: ушиб, разрыв, гематома яичка.

Наиболее частой причиной развития синдрома острой мошонки у мальчиков в возрасте до года служит перекрут яичка. У мальчиков старше года это перекрут гидатиды.

Гидатида - это рудиментное образование, не несущее функции. У детей имеет вид цилиндрического образования, различных размеров на тонкой ножке, вследствие чего склонно к перекруту. Чаще всего располагается на верхнем полюсе яичка, но может встречаться и в любых частях яичка и его придатка.

У взрослых мужчин гидатиды не имеют тонких ножек, и вследствие этого перекрутов гидатиды у них практически не встречается.

Лечение:

Как правило, оперативное. Производят ревизию оболочек пораженного яичка. Дальнейшая тактика определяется обнаруженной причиной заболевания.

Консервативное лечение у детей применяется редко, ввиду того что необоснованное консервативное лечение синдрома острой мошонки составляет около 25-30% всех причин мужского бесплодия, так как при длительном

воспалении полости оболочек яичка запаиваются и склерозируются, что неблагоприятно сказывается на функциях органа, из которых наиболее уязвима сперматогенная.

За 2013 – 2015 годы в отделение урологии и детской хирургии МБУЗ ЦГБ г. Междуреченска поступило, в экстренном порядке, 56 детей с синдромом острой мошонки.

2013 год – 22 ребенка
2014 год – 15 детей
2015 год – 19 детей

Из них:

- дети до года – 2
- 1-4 года – 3
- 5-9 лет – 17
- 10 -14 лет – 30
- 15-17 лет – 4

Можно отметить, что пик заболеваемости детей с острым поражением органов мошонки приходится на возраст 10 – 14 лет.

Из 56 поступивших детей только 6 получали консервативную терапию, так как на момент поступления не имели выраженной клиники синдрома острой мошонки. Получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, местно – согревающие компрессы. Выписаны с выздоровлением.

Из 50 прооперированных: у 39 мальчиков обнаружены перекруты гидатиды, у двух - перекрут яичка, 2 орхоэпидидимита с признаками начинающегося абсцедирования и 2 хронических орхоэпидидимита с изолированной водянкой яичка.

Таблица №1 Целесообразность оперативного лечения при синдроме острой мошонки.

Нуждались в оперативном лечении				
Перекрут яичка	Перекрут гидатиды	Хронический орхоэпидидимит с водянкой	Острый орхоэпидидимит с признаками начинающегося абсцедирования	Острый орхоэпидидимит
2	39	2	2	5
45 (90%)				5 (10%)

Из данной таблицы следует, что у 90% всех прооперированных мальчиков имелась патология, не подлежащая консервативному лечению.

Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре:

после проведенного оперативного лечения составляет 7;

пролеченных консервативно – 9.

Выводы:

1. В отделении принята активная хирургическая тактика при острых заболеваниях мошонки у детей;
2. Среднее количество койко-дней при острых заболеваниях мошонки ниже у прооперированных пациентов;
3. С учетом собственных наблюдений и последних литературных данных можно признать активную хирургическую тактику при синдроме «острой мошонки» обоснованной и единственно верной.

Список литературы:

1. Лечение острых заболеваний яичек в детском возрасте. Клиническая хирургия. Соловьев А.Е. 1988. — № 6. — С. 30-34;
2. Клиника, диагностика, морфология и лечение острых заболеваний мошонки у детей. В.З. Москаленко, В.Н. Мальцев, А.Д. 1998. — Т. 3, № 1. — С. 3-6;
3. Детская хирургия. Ашкрафт. Холдер. 2 том. Синдром острой мошонки. — С. 308;
4. Патогенез бесплодия при эпидидимите. Горпинченко И.И., Малышкин И.Н. 1996. — № 3. — С. 15-17.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Г.Н. Матвеева,
врач педиатр участковый детской поликлиники

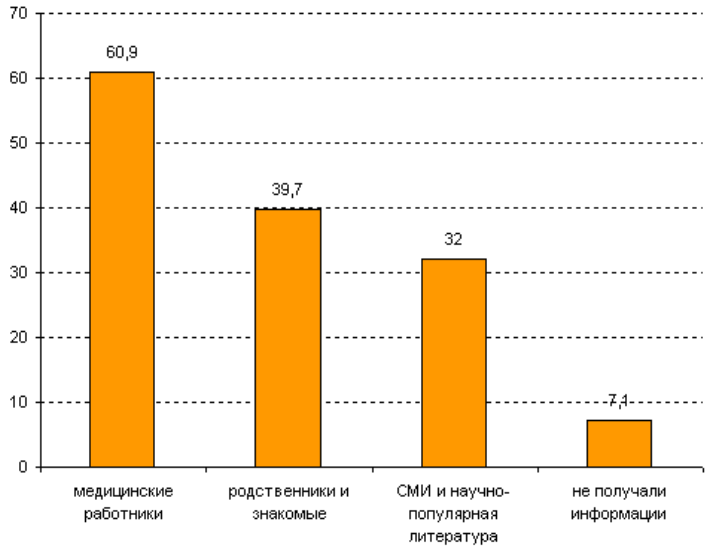
Охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков занимает центральное место в Национальной программе. Здоровые матери могут вынашивать и растить здоровых детей, которые при предоставлении им возможностей для развития в здоровых подростков являются основой для будущих поколений.

Пища, которую вы едите сегодня и каждый последующий день беременности, и ГВ (грудное вскармливание), могут повлиять на ваше здоровье и здоровье вашего ребёнка.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) напоминают, что ГВ является наилучшим способом питания младенцев, что ГМ (грудное молоко) является оптимальной пищей для новорожденных - молозиво, вырабатываемое в конце беременности, - совершенный продукт питания для новорожденных детей. А к кормлению необходимо приступать в течение первого часа после родов и впервые четыре часа после кесарева сечения (так как по своей структуре материнское молоко приближается к составу тканей ребенка.). Рекомендуется проводить исключительное ГВ в течение первых шести месяцев, а затем вместе с надлежащим прикормом продолжать ГВ до двух лет или старше. Грудное молоко - самая питательная, самая роскошная и самая подходящая для ребенка пища, которая когда-либо была известна. Детские молочные смеси (ДМС) никогда не смогут сравниться с ГМ, даже если они изготовлены по самым изощрённым и научно обоснованным методам. ДМС никогда не смогут быть полностью приспособленными для каждого ребёнка, потому что ГМ меняется в зависимости от потребностей ребёнка. Состав ГМ не постоянен, он изменяется во время кормлений в зависимости от времени суток, а также в процессе лактации.

Есть мнение, что кормление грудью – медицинская проблема, хотя раньше опыт передавался напрямую от кормящих женщин. Первые «консультанты» для будущих мам – это педиатры на дородовых патронажах, лекторы «Школы матерей» при Центре планирования семьи и репродукции (ЦПСиР) и медперсонал роддома.

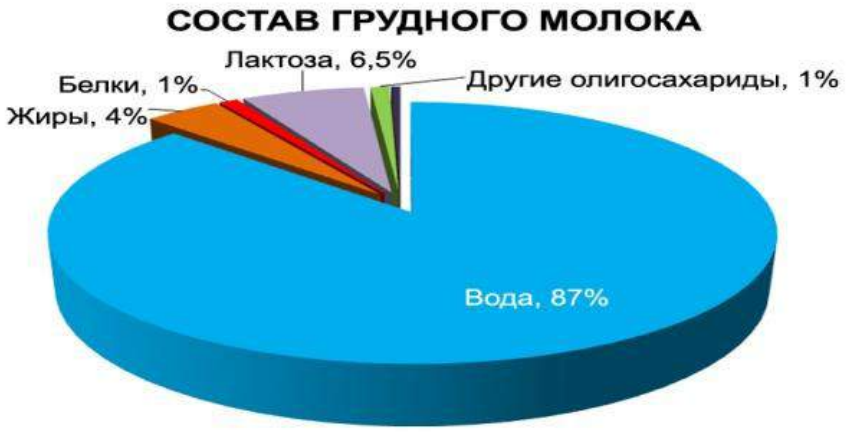
Начинаются парадоксы. **Медицина занимается лечением болезней, а ГВ – не болезнь, э**то самое здоровое, что может быть. Нам поручили быть «знатоками» по вопросам ГВ, но не обеспечили образованием в этой области. Нет такого предмета, как «ГВ»! Вот и приходится медперсоналу самостоятельно выискивать ценные знания о том, что сделать, чтобы мамы успешно кормили.



Во многих странах мира консультант по лактации — профессиональная деятельность, подтвержденная сдачей экзаменов и международным сертификатом. Такие специалисты работают в штате родильных домов, в их обязанности входит посещать женщин и на дому.

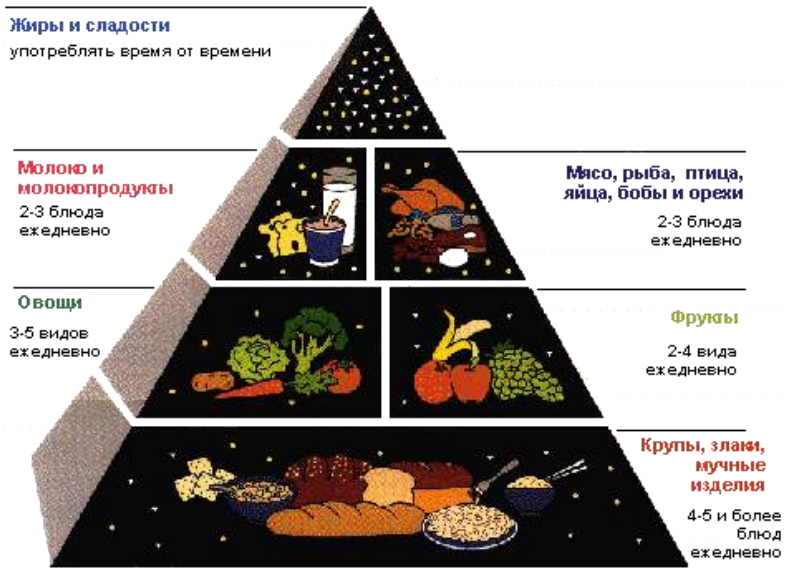
Научные исследования выявляют новые свойства ГМ и ГВ: положительное влияние на физическое, умственное, психоэмоциональное и речевое развитие ребенка закладывает основы здоровья малыша на многие годы вперед, снижается риск развития синдрома внезапной смерти. В первые три года жизни (особенно в первый год) ребенок крайне нуждается в прямом контакте с матерью, речевом и зрительном, снимает стресс, улучшается острота зрения, уменьшается аномалии прикуса за счёт развития челюстей. Получающий ГМ ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, респираторным инфекциям, менингитам, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии. Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. При ГВ, в сравнении с искусственным вскармливанием (ИВ), наблюдается некоторое замедление биологического созревания, что увеличивает продолжительность жизни человека. При ГВ закладываются пожизненно закрепленные отношения к матери, ее последующее влияние на поведение ребенка, формируется будущее родительское поведение. Таким образом, отказ от ГВ является грубейшим нарушением сложившейся в эволюции биологической цепи «беременность – роды – лактация».

Кормить грудью может любая женщина, для этого нужно сбалансированное питание, питьевой режим, правильное прикладывание к груди и время для формирования ГМ. Во время лактации у кормящей мамы повышается потребность во всех пищевых веществах, особенно в витаминах и минералах, да и для ребенка ГМ — единственная пища, поэтому калорийность диеты в первом полугодии должна быть на 500-600 калорий больше, чем в период беременности.



Во время беременности и после родов пугают перспективой развития аллергии на любые продукты. Это миф. Специальной диеты для беременных и кормящих матерей не требуется. Питание остаётся разнообразным, сбалансированным, и только потребление жидкости у кормящих матерей доводят до 1,5-2л. в сутки.

Однако всё должно быть в меру, и рацион кормящей женщины должен обеспечивать абсолютную безопасность молока и отсутствие в нём целого ряда веществ, способных оказать неблагоприятное влияние на организм младенца.



Пирамида питания.

По данным государственного доклада ЮНИСЕФ, ежегодно в мире рождаются более 130 млн. младенцев, и только 32,6% из них находятся на ГВ до 6 мес. жизни. В России, как и во многих других странах, отмечаются низкие показатели распространенности ГВ.

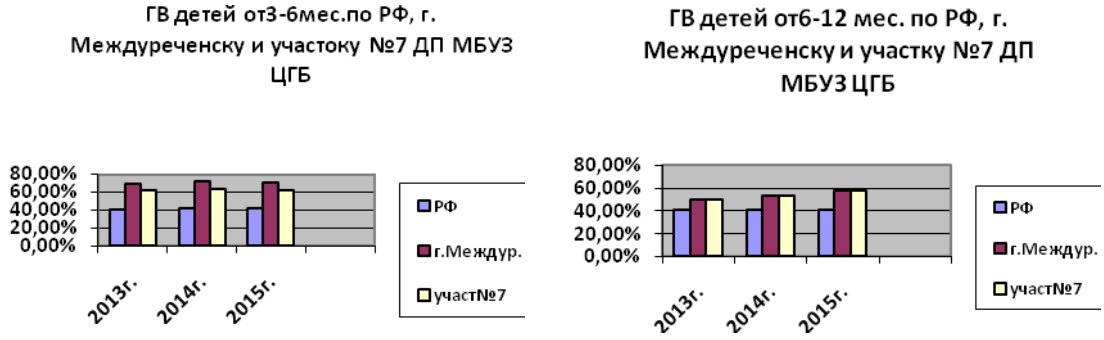
Я работаю врачом педиатром - участковым с 1981г., а с 1988г. на одном участке №7 детской поликлиники, занимаюсь лечебной, профилактической и санитарно - просветительской работой.

В 2001г. открыт ЦПСиР, а с 2009г. проводится «Школа матерей», в которой я читаю лекции по грудному вскармливанию каждую среду. Разбираем вопросы о рациональном питании во время беременности и после родов, питьевой режим кормящих мамочек, технику прикладывания к груди, вопросы гипогалактии, лактостаза и причины маститов. Посещают лекции от 450 до 600 чел. в год.

На базе ЦПСиР проводилось исследование: путем анкетирования 150 женщин для выявления знаний по практическим и теоретическим вопросам ГВ. Выявлено, что большую часть составляли повторнородящие -52 %, первородящие -48%. Средний

возраст первородящих женщин: 19-25 лет (54,1%), повторнородящих 31-35лет (38,4%). Уровень образования распределился следующим образом: среднее образование 61% повторнородящих и 45,9% первородящих; высшее образование среди повторнородящих и первородящих составило 39% и 54,1%. В городе проживает 79,7%, в частном секторе 20,3%. В вопросе о продолжительности грудного вскармливания при первой беременности: до 6 месяцев кормили 50% женщин, до 1 года -23%, до 1,5лет-27%. При анализе данных теоретической части анкеты, выявлено, что около 62% опрошенных не знают о пользе ГВ для ребенка, 38% женщин считают, что качественный состав ГМ не отличается от состава коровьего молока, 89% женщин не знают, что необходимо делать при гипогалактии и лактостазе.

Вывод: Женщины недостаточно информированы по вопросам ГВ, что помогло подготовить новые темы в рамках «Школы матерей».



Вывод: Основной причиной прекращения грудного вскармливания является нехватка ГМ, реже — болезнь ребенка или матери. Уделяется большое внимание вопросам ГВ, разработана и внедряется концепция охраны и поддержки ГВ на всех этапах оказания медицинской помощи матери и ребенку, широко распространяется проект «Больница, доброжелательная к ребенку». На 1 июня 2014 г. в Российской Федерации уже 165 акушерских стационаров в 35 субъектах федерации были удостоены этого звания.

Всемирная неделя ГВ проводится с 1-7 августа 1990г. по инициативе ВОЗ и ЮНИСЕФ в более чем 170 странах для стимуляции ГВ и улучшения здоровья детей во всём мире.

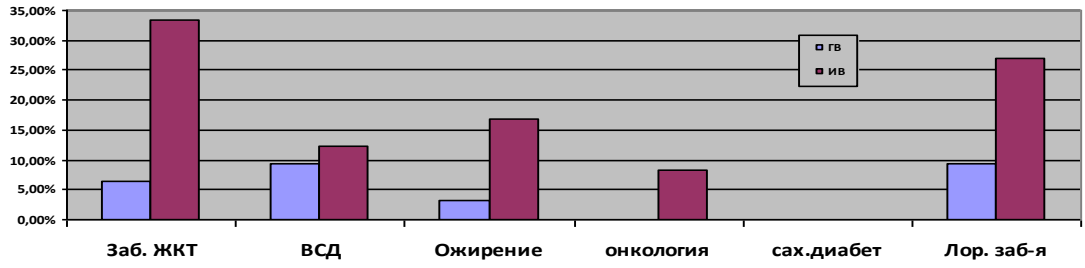
Проработав много лет на одном участке, заметила, что дети, находящиеся длительное время на ГВ (больше 1,5-2 лет), ограждены в дальнейшем от таких хронических заболеваний, как сахарный диабет, бронхиальная астма, гастродуоденит, холецистит, язва желудка и 12-перстной кишки, снижается риск, онкологических заболеваний, у девочек бесплодия. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, гипертонической болезни. В период полового созревания, то есть в возрасте 11-14 лет, у таких детей нередко

наблюдается вторичное ожирение, сохраняющееся в течение всей жизни с вытекающими отсюда последствиями.

Конечно, развитие хронических заболеваний зависит также и от наследственной предрасположенности, но на реализацию последней влияют различные факторы – экология, профессиональные вредности у матери и отца, вредные привычки родителей. Нередко ожирение взрослых людей уходит корнями в период раннего детского возраста.

В ДП сделала анкетирование женщин от 30-35 лет по вопросам: до какого возраста Вас кормили грудью, какими хроническими заболеваниями Вы страдаете, до какого возраста кормили ГМ своих детей, посещали ли «Школу матерей»? Участвовало 50 женщин. По результатам анкеты, на ГВ самих мам находилось 64% (с 3-6 мес. 54% и с 6-12 мес. 40%,), из них на ИВ 36% с рождения или с 1,2 мес., родильном зале приложили 84% к груди, лекций по ГВ не было.

Таблица хронических заболеваний у женщин, которые находились на ГВ и ИВ.



Но эти же женщины своих детей кормили грудью уже в 96% (от3-6мес.66,7%, от 6-12 мес.52,1% и до 18 мес. 4,2%) и только 4% не смогли кормить грудью по состоянию здоровья матери и за счёт первичной гипогалоктии, из них «Школу матерей» посетило 72%, к груди приложили в родильном зале 98%.

Вывод: Из проведенного анкетирования следует, что значение ГВ с поколениями возрастает, в этом большое значение имеют педиатры, лекторы «Школы матерей» и работники роддомов. Прикладывание к груди в родильном зале после родов и Кесарева сечения необходимо доводить до максимума. Женщины, ознакомленные с отдалёнными последствиями нерационального вскармливания, старались своих детей кормить грудью как можно дольше. Женщины посетившие «Школу матерей», стали более грамотными в вопросах о ГВ.

Практически все матери могут кормить своих детей грудью при условии, что они получают точную информацию и поддержку со стороны их семей и системы здравоохранения. Поддержка ГВ - это наш главный приоритет в воспитании здорового поколения.

Выводы:

Продолжить проведение «Школы матерей» при ЦПСиР.

С 1 -7 августа 2016г. провести неделю грудного вскармливания. В анкетах мам, тем, кто кормит, кормили или только собираются кормить, будет предложено закончить фразу: « Я кормлю грудью, потому что…».

Лекции о ГВ в лечебных учреждениях, куда обращаются беременные и родившие женщины.

Список литературы:

1. Здоровая пища, питание женщин и их семей / ВОЗ, Европейское регионарное бюро. 2002г.
2. Кормление грудных детей / Европейское регионарное бюро. 1997г.
3. Абольян Л.В., Зубкова Н, З. Современные подходы к ГВ ребёнка /ж «Педиатрия». 01.2005г.
4. Наталья Литвиненко. Всероссийская неделя ГВ /ж. «Мед-инфо». 2015г.
5. Российский статистический ежегодник – 2015г. Федеральная служба государственной статистики.
6. Здоровое питание во время беременности и ГВ /ВОЗ, Европейское регионарное бюро. 2001г.
7. Бюллетень медицинской интернет - конференции (issn 2224 – G 150). 2013г. Том3№3
8. Беляева Н. А., Дунаева Е.В. Современные взгляды на ситуацию по ГВ. 2013г.
9. Доц. кафедры Детских болезней Московского мед. академии им. И.М. Сеченова Капранова Е.И . «ГВ»
10. Годовые отчёты педиатрической службы МБУЗ ЦГБ г. Междуреченска за период 2013-2015г.г.
11. Годовые отчёты участка №7 ДП МБУЗ ЦГБ за период 2013-2015г.г.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГО-РЕПРОДУКТИВНОГО ДИССОНАНСА

***Л. С. Салюк** , врач акушер-гинеколог высшей категории гинекологического отделения.*
***М. В. Незавитина**, врач акушер-гинеколог первой категории гинекологического отделения.*

Эндоскопическая хирургия занимает сегодня всё большее место в общехирургическом пространстве, замещая и вытесняя по многим направлениям хирургию «больших разрезов». В этом году исполняется 15 лет с момента внедрения лапароскопии в гинекологическом отделении г. Междуреченска, и если в период своего становления большинство эндоскопических операций осуществлялось на платной основе, то в настоящее время все они выполняются в рамках территориальной программы государственных гарантий за счет средств ОМС (за исключением хирургической стерилизации по желанию пациентки).

Актуальность исследования вызвана тем, что в последние десятилетия отмечается неуклонный рост гинекологической заболеваемости, причём патологические состояния молодеют, а их абсолютное число возрастает. Отмечается лавинообразное ухудшение женского здоровья в экономически развитых странах. В научных трудах и статьях последних лет отмечается, что рост гинекологических болезней в популяции не может быть бесконечным, рано или поздно просто некому станет рожать (вывод применительно к европеоидной расе).

Феномен, представляющий собой различие в образе жизни современной женщины и программой, в соответствии с которой функционирует репродуктивная система, назван **эколого-репродуктивным диссонансом** (В.Н. Серов, А.А. Кожин).

С биологической точки зрения, репродуктивная функция должна быть использована по максимуму. Основа сохранения любого существующего на Земле вида - это обеспечение множественности потомства. Все мы прекрасно знаем, что ещё 100-200 лет назад в России отмечалась традиция многодетности. За всю жизнь у женщины было около 100-160 овуляций (до первых родов, которые обычно наступали в течение первого года после замужества, после чего в среднем 1,5-2 года продолжалось грудное вскармливание, затем 1-2 менструации до следующей беременности и повторение этих циклов на протяжении 18-20 лет). Таким образом, по законам природы в женском организме заложена программа менструальных циклов, чередующихся с рождением и грудным вскармливанием. В наши дни произошел резкий переход к значительно большему количеству менструальных циклов (а именно 400-450 за жизнь женщины, это в 3 раза больше биологически целесообразной нормы). А ведь каждая овуляция приводит к микротравме яичника. Кроме того, молочные железы современной женщины большую часть времени пребывают в бездействии.

Также природой не предусмотрено прерывание нежелательных беременностей либо рождение первого ребёнка к тому возрастному периоду, когда у женщины накапливаются многочисленные соматические заболевания.

В настоящее время женщины откладывают деторождение на более поздний срок, получая образование, продвигаясь по служебной лестнице, пытаясь стать финансово независимыми. Организм женщины в современных условиях находится под постоянным стрессовым воздействием. Вовлеченная в производство, вынужденная интенсивно трудиться после родов, женщина ограничивается 1-2 родами. Отсутствие нормальных беременностей и родов сочетается с повторными абортами, которые негативно сказываются на репродуктивной функции.

В своей работе мы проанализировали данные 109 пациенток, прооперированных эндоскопическим методом в гинекологическом отделении за 2013-2015 годы.

По возрастным группам

Преобладающей группой является репродуктивный возраст - от 25 до 40 лет.

Нозологические формы по МКБ

По количеству прооперированных пациенток отмечается явное преобладание внематочной беременности, что составило 40,3% всех случаев. По 28 % составили операции при кистах яичника и воспалительных заболеваниях органов малого таза. 3,7% приходится на долю миом тела матки.

Прооперированы по поводу бесплодия:

Среди прооперированных эндоскопическим доступом отмечается рост пациенток с бесплодием. Частота бесплодия в мире 12-15%. В России, по данным разных авторов, от 17,5% до 20% супружеских пар являются бесплодными. По данным ВОЗ, цифра 15% считается критической! Важнейшая задача в лечении бесплодия - решить эту проблему в максимально короткий срок. Зачастую диагностика и лечение по поводу бесплодия затягивается на 5-10 лет, и пациентки обращаются к репродуктологам за помощью уже в позднем репродуктивном возрасте, что значительно снижает количество благополучных исходов.

Лапароскопия дает возможность максимально точно определить проходимость маточных труб, их подвижность и распространенность спаечного процесса. Это позволяет пациентке сэкономить время на лечение и уже на начальном этапе озвучить возможные варианты и перспективы. При необходимости диагностическая лапароскопия переходит в лечебную: удаляются очаги эндометриоза, восстанавливается проходимость маточных труб. Если такое лечение не дает эффекта (а именно наступления беременности) в течение ближайших 8-12 месяцев, повторные оперативные вмешательства считаются бесперспективными и через год после операции рекомендуется ЭКО. Такой подход позволяет добиться беременности у женщин в молодом возрасте, сокращая время на проведение диагностических и лечебных процедур с 5-10 до 1-2-х лет.

Проследив дальнейшую судьбу прооперированных пациенток (анализ данных по электронной базе «Арена» женской консультации), мы выяснили, что у 10 из них

уже наступила беременность, а 14 женщин в настоящее время стоят на учете у репродуктологов в клиниках Новокузнецка и Кемерово.

Акушерско-гинекологический анамнез

При сборе анамнеза выявлено, что чаще встречаются пациентки, имеющие более двух абортов, бесплодие в анамнезе и с эрозией шейки матки (просанированы в 60 % случаев).

Чаще операции осуществляются пациенткам с абортами в анамнезе, в отличие от женщин с отсутствием абортов. Неблагоприятные последствия абортов связаны с воспалительными процессами (3-4% по данным литературы) и нарушениями менструальной функции (25-30%).

Учеными установлено, что в эндокринной системе после аборта возникают стрессовые изменения – гормональный сбой отмечается в течение 6-12 мес. Аборт является по своей сути «гормональной бурей», вследствие разрушения эндокринной системы беременности. Это приводит к таким заболеваниям, как миома матки, полипы, гиперпластические процессы эндометрия, поликистоз яичников, мастопатии. У 6% женщин в течение 3-5 лет после медаборта возникает эндометриоз. Многие специалисты связывают большое число бесплодных супружеских пар, привычное невынашивание и преждевременные роды с последствиями абортов.

Анализ по социальным группам населения

Заболеваемость выше у рабочих, так как активная группа женского населения больше подвергается стрессам, нагрузкам, а также чаще проходит плановые медицинские осмотры, что позволяет вовремя выявить различную патологию.

Анализ соматической заболеваемости

При анализе соматической заболеваемости отмечено наличие анемии у 11-12% прооперированных пациенток, заболевания ЖКТ от 4,5-8%, заболевания ССС и инфекционные заболевания в пределах от 1 до 4,5%, заболевания органов дыхания, мочевыделительной и эндокринной систем в анамнезе от 1 до 3%.

При сравнении соматической заболеваемости по возрастным группам выяснилось, что у пациенток до 30 лет она составила 17%, а после 30 лет 37,6%

Оперативная деятельность. Виды операций

Отмечено, что в 55% было проведено удаление фаллопиевой трубы с одной или с двух сторон, так как маточные трубы чаще поражаются при воспалительном процессе, что приводит к формированию гидросальпинкса или к внематочной беременности.

Резекция яичников проводится во время экстренных и плановых операций при наличии кист, в том числе, с целью диагностики онкологических заболеваний.

При лапароскопии часто выявляется спаечный процесс, который вызывает болевой синдром, нарушает репродуктивную функцию. Рассечение спаек, сальпинголизис способствует выздоровлению.

По показаниям проводится хромоскопия, коагуляция эндометриоидных гетеротопий.

Лапароскопическая стерилизация женщин проводится по медицинским показаниям: соматические заболевания, крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а по желанию женщины после 35 лет при наличии 2-х и более детей. Эта операция позволяет нашим пациенткам избежать впоследствии абортов и вызванных ими осложнений. Ведь аборт - это не только риск травмы и гормональный срыв, о котором было сказано выше, но также сложный стресс, по сути - психологическая драма несостоявшейся беременности, семейных трудностей, несбывшихся надежд.

Выводы:

Золотым стандартом в диагностике и лечении многих гинекологических заболеваний в настоящее время является лапароскопия, как малоинвазивный, атравматичный, эффективный, высокоинформативный метод.

Проводимые в гинекологическом отделении эндоскопические операции направлены на повышение деторождения, снижение гинекологической заболеваемости.

На сегодняшний день лапароскопия является наиболее информативным методом в обследовании пациенток с бесплодием.

Операции, проводимые в программе ОМС, позволяют большему числу пациенток получить квалифицированную высокотехнологичную помощь без ущерба для семейного бюджета.

Список литературы:

1. Радзинский В.Е., Симоновская Х.Ю., Маклецова С.А. «Эколого-репродуктивный диссонанс- что это?» Status Praesens #4I27I 08.2015г. с. 23
2. Егикян Н.М. «Эндоскопические методы диагностики и лечения женского бесплодия» ОМК вебинар от 30.10.13г
3. Радзинский В.Е Status Praesens #4I27I 08.2015г. с. 9 «Круг замкнулся?» О влиянии времени и эпохи на жизнь и здоровье женщины.
4. Камилова Д.П. «Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. Девиз - всё вовремя» ОМК 10.04.13г.
5. «Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов» В.Н.Серов Гинекология 2010 г. Стр. 26.
6. Серов В.Н., Кожин А.А., Прилепская В.Н. «Клинико - физиологические основы гинекологической эндокринологии». Ростов-на-Дону, 1988.
7. Кулаков В.И. Адамян Л.В. «Эндоскопия в гинекологии» 2000г. с. 226-240
8. Кулаков В.И. «Значение лапароскопии в клинике бесплодия: структура и частота патологии, эффективность лечения» Проблемы репродукции 1996г №2 с. 35-38

ВНЕДРЕНИЕ НА УЧАСТКЕ ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ – НОВОГО СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Г.В.Окуличева,
врач-терапевт участковый

Я работаю в МБУЗ ЦГБ с 1980 года, участковым терапевтом с 1981 года.
Имею высшую квалификационную категорию по специальности «терапия». В своей работе использую современные схемы лечения и реабилитации. Одной из главных задач в работе участкового терапевта считаю реабилитацию инвалидов и лиц с хроническими заболеваниями. В течение нескольких лет, систематически наблюдая за хроническими больными на дому и инвалидами на участке, я внедрила новый метод оккупациональной терапии. Он является одним из современных методов реабилитации.
Оккупациональная терапия-терапия повседневными занятиями. Ее, наряду с пролонгированной медикаментозной терапией, я назначаю пациентам, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять уход за собой, проводить досуг и осуществлять трудовую деятельность. Я ставлю целью оккупациональной терапии расширение независимости и автономности пациента в повседневной жизни. Она помогает людям, страдающим хроническими заболеваниями, плохо поддающимися лечению. Оккупациональная терапия – деятельная терапия, активная форма восстановления и сохранения здоровья и возвращения человека к нормальному социальному функционированию, интеграции его в общество.
В настоящее время оккупациональная терапия – самостоятельное направление в системе охраны здоровья и социальной помощи инвалидам. Модель оккупациональной деятельности рассматривается как единая, ориентированная на задачу концептуальная основа, которая включает в себя лечебные мероприятия, обучающий процесс, моделирование компенсаторных механизмов деятельности инвалида, восполняющие либо замещающие утраченные (нарушенные) функции организма. Комплексное изучение биологического и социального компонентов здоровья помогает рассматривать реабилитационный процесс и его цель – интеграцию пациента в общество – как процесс двухсторонний, направленный на ликвидацию ограничений жизнедеятельности человека, связанных с его патологией, и на устранение препятствий, ограничивающих его в возможностях.
В работе с пациентами я сочетаю медикаментозное лечение с компенсаторными приемами оккупациональной терапии. Совместно с пациентом я определяю цели терапии, идентифицирую проблему, разрабатываю стратегию для ее восстановления и нормализации.
С увеличением продолжительности жизни все большее количество людей могут стать жертвой инсульта. По статистике лица старше 40 лет в 25% страдают

гипертонической болезнью. Она способствует более быстрому развитию и тяжелому течению атеросклероза и возникновению опасных для жизни осложнений. Они являются одной из самых частых причин преждевременной смерти молодого трудоспособного населения.

Больной Антонов Владимир Алексеевич 18.02.1953 года рождения, проживает по адресу улица Вокзальная, 64-83. Наблюдается мной на участке с 1993 года. Страдает гипертонической болезнью 20 лет. Ведущую роль в развитии гипертонической болезни играет нарушение регуляторной деятельности высших отделов ЦНС, поэтому развитие патологического процесса у пациента могло быть вызвано часто повторяющимся нервным перенапряжением, длительными сильными волнениями. Возникновению гипертонической болезни способствовала работа по ночам, влияние вибрации и шума, излишнее употребление соли, наследственная предрасположенность, курение, нерациональный режим питания. Ранее Владимир Алексеевич работал в ОАО «Южный Кузбасс» машинистом горных выемочных машин. В 2003 году на фоне полученной черепно-мозговой производственной травмы и связанного с этим стресса перенес острый первичный передне-распространенный инфаркт миокарда. В этом же году ему определяется II группа инвалидности, которая позже подтверждена бессрочно. Несмотря на проводимую терапию, в 2005 году у больного случился повторный мелкоочаговый инфаркт передней стенки левого желудочка, в связи с чем в Кемеровском кардиоцентре в том же году произведена операция АКШ, а в июле 2007 года ЧТКА. Пациент принимал терапию аспирином в дозе 0,1г после обеда, клопидогрей в дозе 75мг после 17 часов, пириндоприл в дозе 10 мг 1 раз в день, бисопролол 10 мг 1 раз утром, аторвостатин в дозе 40 мг после ужина, предуктал мв 35 мг 2 раза в день. Владимир Алексеевич добросовестно относился к лечению, лекарственные препараты принимал регулярно, но, несмотря на это,09.03.2014 года на фоне сильного стресса у него произошел ишемический инсульт в бассейне ЗМА слева, осложненный парезом VII, XII пар черепно- мозговых нервов по центральному типу, частичной сенсорно-моторной афазией, правосторонней гемиплегией, психо-органическим синдромом.

В результате перенесенного ОНМК у больного развились следующие нарушения: нарушение координации, дизартрия, правосторонняя гимиплегия, нарушение зрения, связанное с параличом глазодвигательных нервов, нарушение памяти, внимания, ориентации, нарушение чувствительности, изменение мышечного тонуса, апраксия, боль, депрессия.

Я поставила цели оккупациональной терапии:

- предупреждение деформаций, вызванных нарушением тонуса
- подавление аномальных движений и улучшения осанки
- достижение максимального объема движений, силы мышц, их координации
- устранение болей
- восстановление деятельности двух поврежденных конечностей
- коррекция познавательных функций

- достижение максимальной независимости в самообслуживании
- облегчение восприятия и адаптации
- улучшение функциональных навыков общения и социальной интеграции
- максимальное восстановление важной роли пациента в семье и обществе.
- установление баланса между уходом за собой, работой и отдыхом.

Реабилитационную программу начала с тщательной оценки способностей и ограничений пациента и составила план основных мероприятий, которые могут улучшить состояние больного. Оценке подверглись моторные, сенсорные, познавательные функции и их влияние на процесс самоухода.

Оценила способности разговаривать и глотать, что влияет на процесс принятия лекарств.

Восстановительное лечение начала сразу после выписки из стационара, когда больной находился еще в постели. Правильное положение, повороты в кровати, регулярные пассивные движения в суставах конечностей, дыхательные упражнения помогли избежать таких осложнений, как мышечная атрофия, пролежни, пневмония и т.д.

При восстановительном лечении обращаю внимание не только на физическое, но и на эмоциональное состояние пациента. Изменение жизненной ситуации вызвало у пациента страх, тревогу, поэтому совместно с родственниками мы создали вокруг него атмосферу психологического комфорта.

Восстановительный процесс включал в себя обучение больного навыкам умываться, чистить зубы, причесываться, принимать пищу. Когда пациент стал самостоятельно сидеть, он начал учиться самостоятельно одеваться и раздеваться.

Для восстановления чувствительности компенсаторные приемы включают: перераспределение нагрузки с пораженной конечности на здоровую, зрительный контроль за движением и положением поврежденной конечности, использование вспомогательных приспособлений для самообслуживания, таких как трость. Владимир Алексеевич стал ходить по квартире самостоятельно с помощью трости, инвалидной коляской практически не пользуется. Ему я рекомендовала предупреждать контакт пораженной конечности с низкой и высокой температурой, с острыми предметами, использовать предметы обихода с большими и встроенными ручками, профилактировать раздражение, покраснение, отек и избыточное давление на кожу парализованной конечности.

Для снижения гиперчувствительности рекомендовала массаж пораженных участков, похлопывание, смазывание кожи лосьоном, замешивание теста, лепка предметов из глины, иглорефлексотерапия. Необходимо сочетать тренировки сенсорной и моторной функций. Достижению результата способствует многократное повторение всех приемов до восстановления чувствительности.

Для восстановления трудовых навыков применяются различные технологии: пластилинопластика, рисование, уход за растениями и т.д.

Восстановление памяти после инсульта – процесс довольно длительный, требующий от больного большого терпения и мужества. Хороший результат у

пациента дали пальчиковые игры, проводимые с ним. Суть их заключается в произношении простых детских стишков вместе с загибаниями пальцев, сжиманием кулаков, хлопаньем в ладоши и другими движениями. Владимиру Алексеевичу рекомендовано учить стихи, ежедневно играть в шахматы. Положительный эффект дают совместно с другими членами семьи воспоминания приятных событий, произошедших в жизни больного. Надо выбирать темы, которые интересны больному. Нельзя вспоминать моменты, связанные с заболеванием, с его причинами.

Медикаментозная терапия пациента включает в себя прием клопидогрея в дозе 75 мг в сутки, ацетилсалициловой кислоты 100 мг 1 раз в день, аторвастатина в дозе 40 мг после ужина, пириндоприла 10 мг 1 раз в сутки, бисопролола 10 мг утром, глиатилин 400 мг два раза в день.

Владимир Алексеевич активно вовлекается в процесс оккупациональной терапии. Взаимоотношения между пациентом и мной носят характер сотрудничества. И я, и больной вносим в процесс свои знания, умения и опыт, участвуем совместно в разработке и осуществлении приемов оккупациональной терапии.

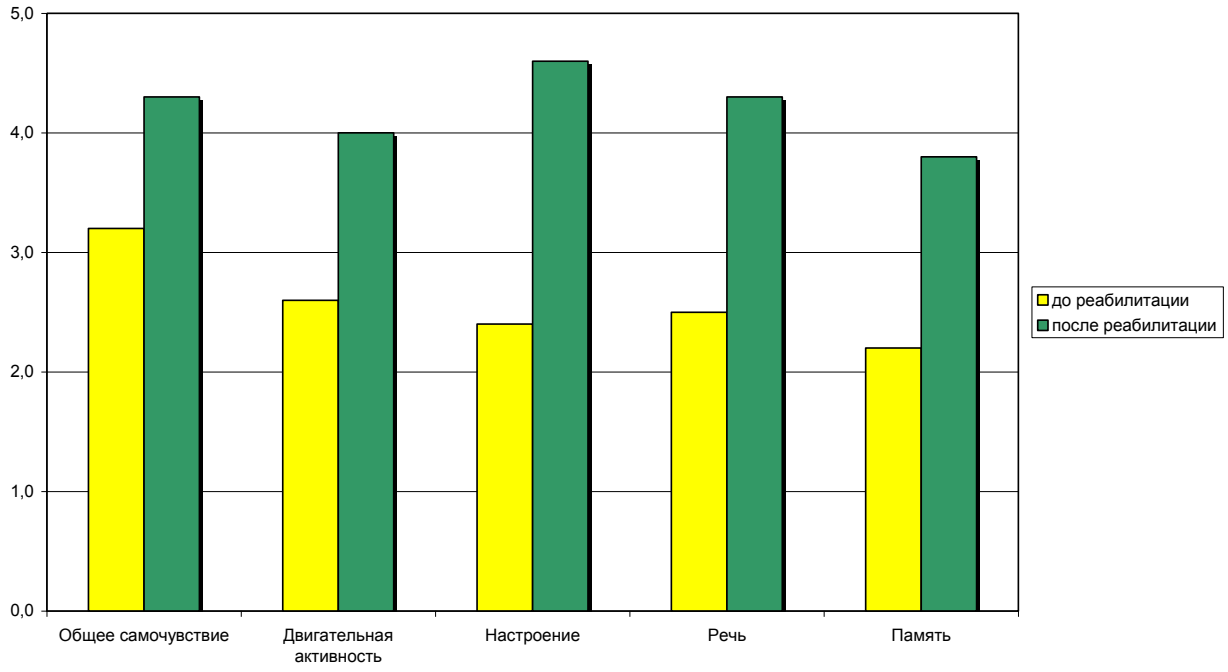
Оккупациональные занятия изменяются на протяжении жизни и должны рассматриваться в перспективе развития с учетом возрастных особенностей пациента.

Оккупациональная терапия значительно отличается от других медицинских специальностей. Объектом оккупациональной терапии являются занятия, восстановление и нормализация жизнедеятельности. В оккупациональной терапии проявления клинических нарушений рассматривается только с учетом взаимосвязи с оккупациональной деятельностью. Все виды оккупациональной терапии очень важны и имеют большой реабилитационный потенциал. Задача состоит в том, чтобы профессионально обучить применению средств оккупациональной терапии: различных приспособлений, технических средств реабилитации. Осваивая элементы ухода шаг за шагом, Владимир Алексеевич расширяет свое жизненное пространство и повышает качество жизни, удовлетворяет природные потребности,

приобретает навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем, достигая чувства удовлетворения и значимости.

Я сделала вывод: участие в оккупациональной деятельности – важный компонент социальной адаптации человека. Оккупациональная терапия позволяет ощущать себя полноценным членом общества, участвующим в созидательной деятельности.

Диграмма состояния больного Антонова В.А. в процессе реабилитации



Больной Гнездиловой Наталье Николаевне 1959 года рождения программу реабилитации составила, опираясь на особенность заболевания, наличие осложнений, сопутствующей патологии, возраста. Основные направления ее включили: ЛФК, массаж, психологическая помощь, социальная реабилитация, восстановление памяти и речи, предупреждение повторных инсультов. Мною были разработаны методики тренировки мозга к запоминанию информации. Они включают запоминание и повторение слов, цифр, их сочетаний, образов.

Инсульт - серьезное заболевание, перенеся которое большинство людей теряет некоторые функции опорно-двигательного аппарата, памяти. Даже после тяжелого инсульта у пожилых больных возможно значительное восстановление поврежденных функций.

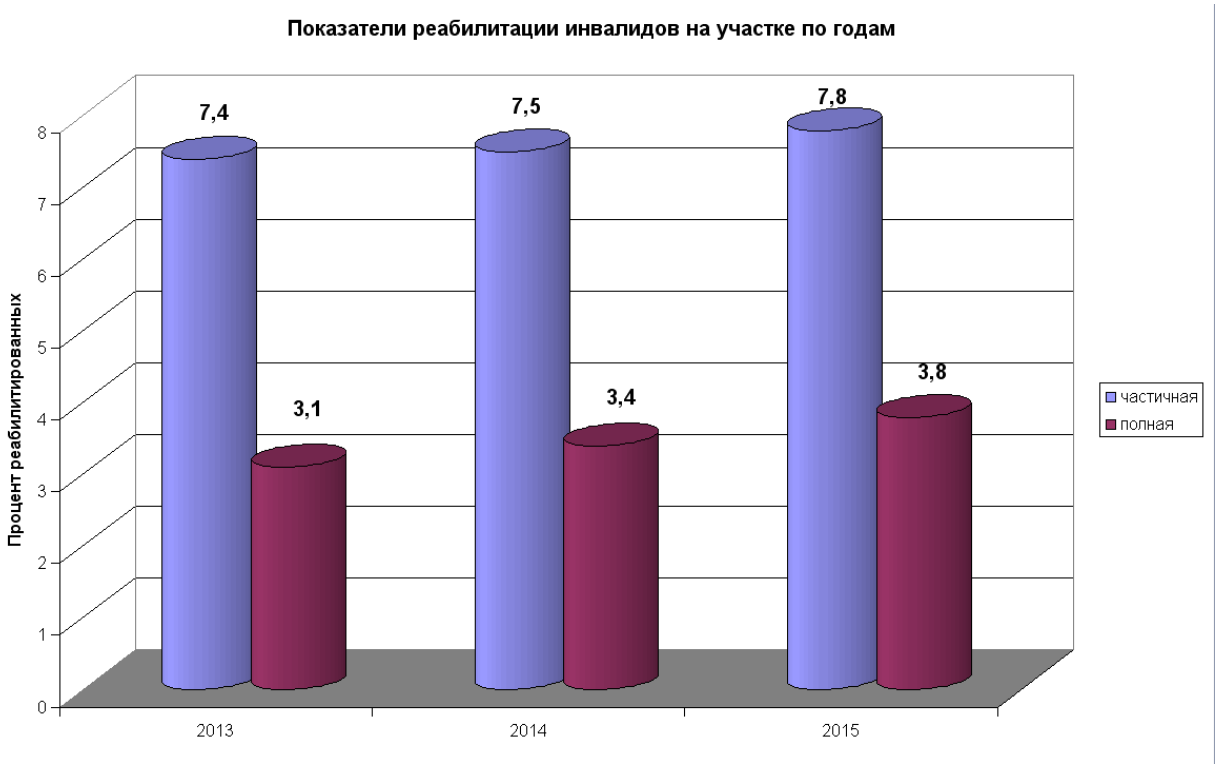
Больная Волкова Татьяна Павловна 1957 года рождения занимается под моим контролем новым, набирающим популярность, видом оздоровительной физической культуры - «скандинавской» ходьбой. Она очень хорошо тренирует мышцы спины и плечевого пояса, с другой стороны, уменьшается нагрузка на коленные и тазобедренные суставы, так как у пациентки, помимо инсульта, есть остеоартроз коленных и тазобедренных суставов.

Одно из приоритетных направлений социальной политики администрации города – повышение качества жизни инвалидов и их интеграции в общество. Сложность и многообразие проблем инвалидов является причиной использования программного целевого метода при создании модели работы с инвалидами. Она проводится по направлениям:

совершенствование взаимодействия в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации,

внедрение новых технологий в медико-социальную реабилитацию,

развитие социальной активности инвалидов.



На участке мною проводится комплексная система медико-социальной адаптации и реабилитации пожилых людей и инвалидов в тесной взаимосвязи с социальными работниками. Всего инвалидов на участке 224 человека, из них I группы 13 человек, II группы 84 человека, III группы 127 человек. Все пациенты, имеющие инвалидность, состоят на диспансерном наблюдении на участке. Каждому инвалиду составляется индивидуальная программа наблюдения и реабилитационных мероприятий. Сроки диспансерных явок назначаются и регулируются мной. Все они охвачены комплексными медицинскими осмотрами. Получили высокотехнологическую помощь 100% нуждающихся. Большое значение придаю реализации реабилитационных услуг, предусмотренных программой реабилитации инвалида. Активно работаю с категорией немобильных граждан. Среди них провожу работу по определению медицинских показаний для направления на МСЭК с целью определения группы инвалидности.

Активно на своем участке провожу медицинскую профилактику выхода на инвалидность. Основной задачей профилактического этапа является снижение риска отклонений в состоянии здоровья, предотвращение или замедление прогрессирования заболеваний, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Медицинские профилактические мероприятия реализую через отделение медицинской профилактики в поликлинике, центр здоровья. Профилактические мероприятия включают в себя: диспансерное наблюдение, вакцинопрофилактику, профилактические медицинские осмотры, оздоровительные услуги, формирование мотивации здорового образа жизни. В программу реабилитации инвалида включаю амбулаторное лечение с использованием стационарзамещающих технологий, лечение в профильных отделениях стационаров, оказание высокотехнологичной медицинской помощи, санаторно-курортное лечение.

Весь этот комплекс мероприятий позволяет создать все условия для полноценной реабилитации инвалидов на участке.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ

И.И.Полянская,
врач-инфекционист инфекционного отделения;
О.М. Новикова,
заведующая инфекционным отделением;
Л.А. Пшеничная,
заведующая Центром профилактики СПИД.

Актуальность проблемы.

Актуальность проблемы ВИЧ- инфекции сохраняется очень высокой, а связано это с тем, что ежегодно отмечается рост количества больных, захватывая все слои населения. ВИЧ-инфекция характеризуется прогрессирующим течением, завершается развитием СПИД и сопровождающих его ВИЧ-ассоциированных заболеваний. Основным ВИЧ-ассоциированным заболеванием является туберкулез, т.к. прогрессирующий иммунодефицит очень важный фактор, предрасполагающий заражению, реинфекции, а также реактивации латентного туберкулеза. И в случае развития коинфекции туберкулез зачастую является причиной смерти. Поэтому своевременные диагностика, профилактика и лечение туберкулеза - основной путь к решению данной проблемы, снижению смертности и улучшению качества жизни ВИЧ-инфицированных больных.

Статистические данные.

Частота встречаемости туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в г.Междуреченска представлена в таблице №1:

таблица №1

Критерии	**2013г**	**2014г**	**2015г**
Состояло на учете с ВИЧ- инфекцией на 01.01.	653	810	1008
Впервые выявленная ВИЧ-инфекция в данном году	157	198	143
Активных форм туберкулеза у ВИЧ инфицированных	34	32	50
Выявлено впервые острых форм туберкулеза	15	23	19
Умерло от туберкулеза + ВИЧ	10	6	10
В т.ч. стадия СПИДа	2	2	5

По данным таблицы видим рост как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза.

Учитывая специфику нашего отделения, мы очень часто встречаемся с ВИЧ-инфицированными больными, имеющими многообразную клинику заболевания, и нередко встречаемся с трудностями диагностики и постановки диагноза.

В таблице №2 представлена структура инфекционных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных в инфекционном отделении за 3 года:

таблица №2

	2013г	2014г	2015г
Количество больных ВИЧ	24	23	27
Туберкулез	**3**	**7**	**9**
Опоясывающий герпес	3	6	5
Менигит,менингоэнцефалит	2	1	4
Пневмония	1	1	1
Сепсис	1	1	1
Пиелонефрит	2	1	1
ОРЗ	3	1	2
Герпетическая инфекция(в том числе ЦМВ, ВЭБ)	4	2	0
Другие вирусные инфекции	3	2	1
Гепатиты	2	1	3

Исходя из данных таблицы, видим несомненное преобладание такого СПИД-индикаторного заболевания, как туберкулез.

Формы туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в инфекционном отделении за 3 года определены в таблице №3.

Таблица №3

Формы ТБ	2013	2014	2015
Инфильтративный туберкулез (в том числе с распадом)	2	1	3
Диссеминированный туберкулез	1	3	3
Инфильтративный туберкулез + ТВГЛУ			1
Диссеминированный туберкулез + менингоэнцефалит		1	
Туберкулез ВГЛУ		2	1
Очаговый туберкулез			1

Отмечается преобладание легочных форм туберкулеза, но и были диагностированы внелегочные формы.

Особенности течения ТБ у ВИЧ-инфицированных больных.

Клиническая картина и течение туберкулеза у больных ВИЧ зависят от стадии инфекции и определяются глубиной Т-клеточного иммунодефицита. При отсутствии выраженного иммунодефицита на ранних стадиях ВИЧ-инфекции течение туберкулезного процесса протекает без особенностей и не отличается от такового у неинфицированных больных, в таком случае, диагностические трудности встречаются редко. Изменения в течение туберкулеза начинают

проявляться в периоды значительного снижения иммунитета, находятся в прямой зависимости от степени его снижения и наиболее выражены в стадии СПИД, когда на клиническую картину туберкулеза наслаиваются симптомы, обусловленные ВИЧ-инфекцией. Также хочется заметить, что у лиц с выраженным иммунодефицитом часто встречаются внелегочные формы туберкулеза (ТВГЛУ, менингоэнцефалит) и диссеминированный туберкулез, что имеет определенные сложности в диагностике.

Анализ историй болезней ВИЧ-инфицированных больных с установленным диагнозом туберкулез в условиях инфекционного отделения.

Проанализировано 19 историй болезней.

-в 100% больные имели выраженный иммунодефицит (СД4 кл от 4 до 297), из них только 26% (5 человек) получали АРВТ в течение 1-2 лет, 42% (8 человек) – начало приема на фоне данного заболевания и 32% (6 человек) - не имели приверженности к лечению.

-у всех больных в 100% отмечалась лихорадка 38-41*С, сопровождающаяся ознобом, потливостью, астенией; у 52% (10 человек) имел место респираторный синдром (кашель); кишечный синдром (рвота, жидкий стул) у 47% (9 человек); и другие симптомы (сыпь, боль в пояснице, головная боль, боль в эпигастрии, боль в горле) у 26% (5 человек).

-длительность заболевания до момента обращения к врачу варьировала от 3х дней до 3,5 мес.

-на момент госпитализации 8 больным проведена ФЛГ ОГК (без патологии), 2 больным Rg ОГК (без патологии) и у 3х больных на RgОГК заподозрена пневмония.

-в отделении проводились следующие методы диагностики: Rg ОГК позволил установить диагноз туберкулеза у 5 больных (3-инфильтративный туберкулез, 2 – диссеминированный), Прямая бактериоскопия мокроты на КУМ- (бактериовыделение обнаружено лишь у 3х больных, у остальных КУМ-отриц), диаскин-тест- (положит. у 1 больного), СКТ ОГК позволило установить диагноз туберкулеза у 11 больных (инфильтративный, диссеминированный, очаговый, ТВГЛУ).

-сроки госпитализации в инф.отд : от 2 до 5 койко- дней -6 чел, от 6-10 койко-дней - 5 чел, от 11-15 койко-дней -4 чел, от 16-18 койко-дней -2 чел.

Все больные переведены в ПТД.

Выводы:

-проблема диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных связана с различной степенью иммунодефицита и вследствие этого не типичной клиникой, а также частым развитием туберкулеза внелегочной локализации (ТВГЛУ, периферических ЛУ) и быстрой генерализацией процесса;

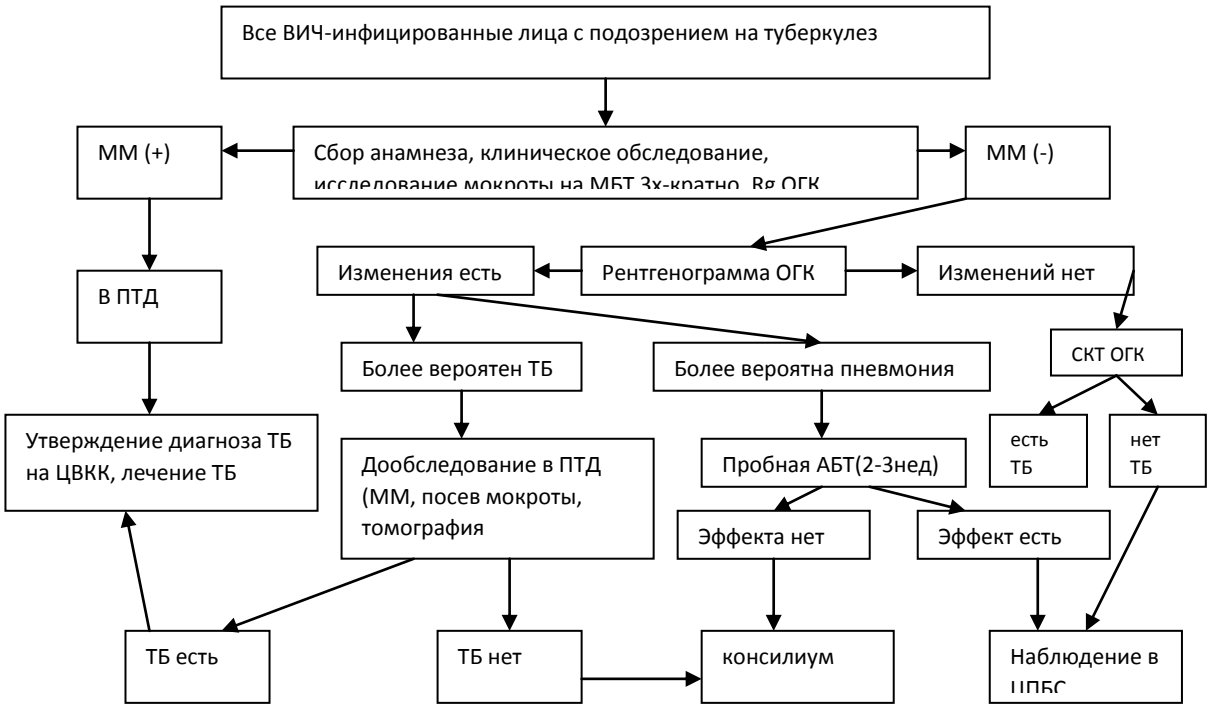
-малоинформативность таких методов диагностики, как ФЛГ ОГК, Rg ОГК (невозможность увидеть внелегочной туберкулез);

-у лиц с выраженным иммунодефицитом при наличии полостей распада отсутствует бактериовыделение и отмечается низкая ценность пробы Манту (вследствие туберкулиновой анергии у пациентов с низкими показателями Т-клеточного иммунитета, менее 200кл/мкл;

-учитывая в настоящее время наличие более современных методов диагностики, и высокую их информативность в трудных клинических случаях приходит на помощь такой метод, как СКТ;

-хочется также заметить, что многие из впервые выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов не принимают свой диагноз и не являются на диспансерный учет в ЦПБС. Такие пациенты продолжают обращаться за медицинской помощью в ЛПУ с различной симптоматикой, связанной и не связанной с туберкулезом. Поэтому любого пациента из групп "риска" по ВИЧ следует рассматривать как потенциального больного туберкулезом. Ответственность в данной ситуации за своевременность распознавания туберкулеза ложится на врачей различных ЛПУ.

-всем врачам, сталкивающимся с такими больными, необходимо помнить об алгоритме обследования на туберкулез:



Список литературы:

1. ВИЧ-инфекция / А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронин // Санкт-Петербург. – 2004. – 693с.
2. Туберкулез на фоне ВИЧ/СПИД. Организация выявления, наблюдения и лечения / В.М. Никульшина // Новокузнецк. -2006. -54с.

3. Выявление и характеристика ВИЧ-инфицированных в туберкулезном стационаре / В.Ф. Жемков, В.Б. Ивановский, Г.И. Племянникова и др. // СПИД, рак и родственные проблемы: Материалы 12-й Международной конференции. – Санкт- Петербург. -2004.- Т.8. №2.
4. Покровский В.В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ- инфекции / В.В. Покровский, О.Г. Юрин, В.В. Беляева / Учебно-методическое пособие. 2001. 96с.

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

***Т.А. Рыжова**, врач-кардиолог поликлиники;*
***Н.А. Бичан**,*
д.м.н., профессор ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ».

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире, ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам, в 2004 году от ССЗ умерло 17,1 миллиона человек, что составило 29% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,2 миллиона человек умерло от ишемической болезни сердца и 5,7 миллиона человек - в результате инсульта. Эта проблема в разной степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Более 82% случаев смерти от ССЗ происходит в этих странах, почти в равной мере среди мужчин и женщин. К 2030 году около 23,6 миллионов человек умрет от ССЗ, главным образом, от болезней сердца и инсульта, которые, по прогнозам, останутся единственными основными причинами смерти [Информационный бюллетень ВОЗ №137, январь 2011].По эпидемиологическим данным во всем мире и России отмечается «старение» населения. По данным Росстата, в 2008г доля лиц старше трудоспособного возраста в России составила 21,6%[*]. Особенности России в том, что старшая возрастная группа населения представлена в основном женской популяцией. При этом особенности течения, лечения и прогноза ИБС у данной категории населения практически не изучена. Имеются лишь единичные работы, где проводилось бы исследование у женщин. Отсутствие длительных наблюдений за женщинами старших возрастных групп, среди которых ССЗ имеют еще более высокую распространенность, определяет необходимость изучения этой проблемы.

Материалы и методы

В исследование включены 217 женщин, перенесших Q-позитивный и Q-негативный инфаркт миокарда, первичный, а также повторный в возрасте от 34 до 89 лет, поступавших на лечение в кардиологическое отделение для больных инфарктом миокарда Государственной Новосибирской областной клинической больницы. Диагноз инфаркта миокарда устанавливался согласно критериям ВОЗ: на основании клиники, ЭКГ и лабораторных изменений, включая биомаркеры гибели миокардиоцитов (тропонин Т и I, КФК-МВ). Была изучена частота встречаемости основных факторов риска (ФР), согласно стандартизированным методам исследования и их показателям: артериальная гипертензия (АГ), ожирение, курение, сахарный диабет (СД), дислипидемия, хирургическая менопауза. Также оценивался дебют ИБС у женщин разного возраста, глубина

поражения ОИМ, осложнения инфаркта миокарда, результаты тромболитической терапии, данные диагностической коронароангиографии.артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), ожирения, наличие сопутствующих заболеваний. Проводились ЭХОКГ, СМ-ЭКГ, УЗДГ сосудов шеи, тредмилметрия, диагностическая коронароангиография, а также стандартные лабораторные методы обследования. Учитывали следующие характеристики: потребление алкоголя, курение табака, рост, индекс массы тела (ИМТ), частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (АД), липидограмма (холестерин, ХС липопротеинов высокой плотности – ХС ЛВП и ХС ЛНП, триглицеридов), глюкозы в сыворотке натощак.

Морфофункциональные параметры сердца оценивали методом ЭхоКГ на аппарате Sonoline G50 Siemens (Германия) с определением размеров и объемов камер сердца по стандартной методике Американской ассоциации эхокардиографии. Для суточной регистрации ЭКГ были использованы 2-канальные портативные магнитофоны системы Schiller MT 200 (Швейцария). Оценивали нарушения ритма (пароксизмы фибрилляции /трепетания предсердий, неустойчивая и устойчивая желудочковая тахикардия, желудочковая экстрасистолия по Lown) и динамику сегмента ST. Для оценки толерантности к физической нагрузке проводилась тредмилметрия система Cardiosist Market – Heiledg Trade Market согласно рекомендациям Американского колледжа кардиологов и Американской ассоциации сердца (ACC/AHA). При проведении теста использовали протокол Bruce.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTCA 9,0 для Windows-2003. Для выявления различий между группами были использованы методы вариационной статистики: критерий Манна-Уитни, критерий соответствия Пирсона X^2 , критерий Стьюдента. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты

Все больные были разделены на 2 группы. Первая включала в себя 79 пациенток в возрасте от 30 до 59 лет, средний возраст 51,7±5,9 лет. Вторая группа - 138 женщин от 60 до 89 лет, средний возраст 71,8 ± 6,9 лет. Характеристика пациенток, включенных в исследование, и распространенность основных ФР представлена в таблице.

Было установлено, что АГ отмечалась в первой группе у 89,9±3,4% больных, что было достоверно меньше чем во второй - у 95,7±1,7%, $p<0,05$. Сахарный диабет чаще наблюдался во второй группе – у 32,6±3,8% против 24±4,8% в первой. При этом ожирение как один из основных ФР достоверно больше встречался в первой группе женщин: у 43±5,6% и 26,8±3,8% соответственно. Дислипидемия также преимущественно наблюдалась у пациенток среднего возраста - 63,3±5,4% против 42,8±4,2%, $p<0,05$. Одним из наиболее важных ФР

развития ОИМ во всем мире у лиц обоих полов является курение. Ранее курение редко встречалось у женщин, но в последнее годы актуальность этого ФР для женщин возрастает. В нашем исследовании среди женщин среднего возраста, перенесших ОИМ, курящие составили 18,9±4,4%, что было достоверно чаще, чем среди женщин пожилого и старческого возраста - 0,7±0,7%, p<0,001. Большое значение в качестве ФР в формировании коронарной патологии имеет менопауза, в том числе хирургическая. Ранняя менопауза достоверно чаще встречалась у женщин среднего возраста, чем пожилого и старческого (10,1±3,4% против 5,0±1,8%, p<0,05). Статистически значимых различий между двумя группами по хирургической менопаузе не выявлено (7,6% и 5,0% соответственно). Хорошо известно, что сочетание ФР значительно увеличивает риск развития ОИМ. В нашем исследовании сочетание 2 ФР отмечалось у 15,8±4,2% женщин среднего возраста и у 27,8±3.9% женщин пожилого и старческого возраста. Тогда как сочетание 3 и 4 ФР достоверно чаще отмечалось у женщин среднего возраста. Три ФР регистрировались в первой группе у 32,9±5,4% и у 23,3±3,7% во второй. Четыре ФР наблюдались у 47,4±5,4% женщин первой группы и только у 18±3,3% во второй, p<0,05.

Немаловажную роль в течении ОИМ играет сопутствующая патология. У женщин пожилого и особенно старческого возраста ХОБЛ регистрировалась у 7,2%, склеротический аортальный стеноз - у 7,2% и деформирующий остеоартроз – у 15,0%, что не наблюдалось у женщин среднего возраста. По другим сопутствующим заболеваниям, таким как хроническая почечная недостаточность (1,3% против 2,2%), язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (3,8% против 2,9%), дисфункция щитовидной железы статистически значимых различий между группами не выявлено.

Дебютом ИБС у лиц пожилого и старческого возраста чаще встречалась стенокардия напряжения (89±2,7%), что было достоверно больше чем в первой группе (38±5,5%, p<0,001). В то время как ОИМ в дебюте заболевания чаще встречался у женщин среднего возраста: 62±5,5% против11±2,7%, p<0,001. Первичный ОИМ преобладал у пациенток первой группы (94,3±2,6% против 75±3,7%), а повторный у женщин второй группы (25,0±3,7% против 5,0±2,4 %, p<0,001). По глубине поражения трансмуральный ИМ чаще встречался у пациенток пожилого и старческого возраста, чем у женщин среднего возраста (25,7±3,7% против 16,5±4,2%), крупноочаговый ИМ также чаще наблюдался во второй группе, чем в первой (48,5±4,3% и 31,6±5,2% соответственно). При этом мелкоочаговый ИМ чаще наблюдался в группе женщин среднего возраста (52,6±5,6% против 26,8±3,8%, p<0,01). По локализации поражения миокарда у пациенток второй группы чаще наблюдался ИМ переднеперегородочной локализации (21,7±3,5%), а также циркулярное поражение всех стенок левого желудочка (5,8±1,9%), что достоверно больше чем в первой группе (12,7±3,7% и

1,3±1,2% соответственно). Тогда как в первой группе женщин чаще встречается поражение задней стенки ЛЖ (29,1±5,1% и 10,9±2,7%, p<0,05 соответственно).

Диагностическая коронарография проведена у 34,2±5,3% женщин среднего возраста и только у 18,8±3,3% пациенток старшей возрастной группы. Односсудистое поражение коронарных артерий чаще встречалось у пациенток первой группы, чем во второй (55,6±5,6% и 23±3,3%,p<0,001). Тогда как трехсосудистое поражение коронарного русла достоверно чаще наблюдалось у женщин второй группы (42,3±4,2% против 22,2±4,7%,p<0,001). По двухсосудистому поражению статистической разницы между группами не наблюдалось (29,6% в первой группе и 30,8% во второй).

Существенные различия между группами были выявлены при оценке проводимой терапии. Так тромболитическая терапия проводилась в 8,2% случаев у пациенток среднего возраста и в 2 раза реже у женщины пожилого и старческого возраста - у 3,4%. Тромболитическая терапия выполнялась стрептокиназой, актилизе или метализе, по стандартным методикам рекомендованных ВНОК. При этом осложнения ТЛТ в виде больших и малых кровотечений наблюдались лишь у пациенток старшей возрастной группы в 0,7% случаев. Прямые антикоагулянты реже назначались женщинам среднего возраста, чем женщинам пожилого и старческого (70,6±5,6% против 89,2±2,6%). В большинстве случаев это было связано с запоздалой диагностикой мелкоочагового ИМ у женщин среднего возраста. При наличии очаговых изменений и не отчетливой клинической картине приходилось проводить дополнительные обследования для уточнения диагноза (фармакологические пробы, нагрузочный тест, ЭХОКГ). В ряде случаев в обеих группах не назначение прямых антикоагулянтов было связано с поздней госпитализацией пациенток (от 5 до 12 суток). При этом женщинам пожилого возраста, как правило, назначался гепарин, тогда как женщинам среднего возраста в 43% случаев низкомолекулярные гепарины: клексан, фраксипарин. При этом дозы низкомолекулярных гепаринов у женщин пожилого возраста, как правило, были ниже рекомендуемых. Так, клексан назначался по 40 мг 2 раза в сутки, а фраксипарин по 0,3 мл (2750 ЕД) 2 раза в сутки. Тогда как среди женщин среднего возраста клексан назначался в рекомендуемой дозировке - 1 мг на кг массы, как правило, по 80 мг 2 раза в день.

Дезагрегантная терапия назначалась пациенткам обеих групп в 100% случаев. Среди дезагрегантов, как правило, использовали аспирин 125 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут (плавикс), реже сочетание аспирина и клопидогреля. Плавикс чаще назначался при непереносимости аспирина в группе женщин среднего возраста в 2,5% случаев, а в группе женщин пожилого и старческого возраста в 0,72% случаев по причине сопутствующей язвенной болезни желудка и 12- перстной кишки. Аспирин в группе женщин среднего возраста был назначен в 86% случаев, тогда как во второй группе в 82,6%.В первой группе аспирин в

сочетании с клопидогрелем назначали в 11,4% случаев, а во второй в 12,3% случаев.

Было установлено, что женщинам среднего возраста чаще назначались бета-адреноблокаторы и статины, чем женщинам пожилого возраста. Бета-блокаторы (ББ) назначались пациенткам среднего возраста в 92,4±2,9%, тогда как пожилого возраста в 72,7±3,7%, случаев ($p<0,05$). Статины соответственно в 84,8±4,0% и 45,3±4,2% $p<0,05$, случаев. Среди ББ, как правило, использовались метропролол (беталок-Зок, эгилок) и бисопролол. У женщин пожилого возраста ББ в 25,9% случаев не назначались в связи с наличием противопоказаний: брадикардия-19,4%, АВ-блокада -16,7%, ХОБЛ и бронхиальная астма- 16,6%, ОСН 3-4 класса по Килип– 38,9%. Только в 8,3% случаев ББ не назначались при отсутствии каких-либо противопоказаний. В группе женщин среднего возраста ББ не назначались в 7,6% случаев. При этом только в 1,3% без видимых противопоказаний.

Ингибиторов АПФ назначались у 71,8 % женщин среднего возраста и в 75,9 % у женщин пожилого и старческого возраста. Более редкое назначение ингибиторов АПФ у женщин среднего возраста объясняется более частым мелкоочаговым поражением и более редким наличием АГ. Среди ингибиторов АПФ наиболее часто использовался эналаприл (68,2%), реже престариум (4,1%) и лизиноприл (1,4%). Побочные эффекты на ингибиторы АПФ, как правило, сухой кашель, зарегистрированы в 11,4±3,6% случаев у женщин среднего возраста, что было достоверно больше, чем среди женщин пожилого и старческого возраста - 5,7±1,9%, $p<0,05$. При появлении побочных эффектов ингибиторы АПФ заменялись на АРА II, как правило, лозартан (Лозап).

Течение ОИМ у женщин пожилого и старческого возраста осложнялось острой сердечной недостаточностью (ОСН) 3-4 ФК по Киллип в 22,6±3,3% случаев, тогда как у пациенток среднего возраста только в 8,8±2,1%, $p<0,001$. Вместе с тем, ранняя постинфарктная стенокардия чаще наблюдалась у женщин молодого и среднего возраста (43±5,6%), чем в у пациенток пожилого и старческого возраста (19,6±3,4%, $p<0,001$). Жизненно угрожаемые желудочковые нарушения ритма и пароксизмы фибрилляции предсердий также чаще регистрировалось у пациенток второй группы (21,7±3,5%), чем в первой (7,6±2,9%, $p<0,001$). Статистически значимых различий между группами по нарушение проводимости (8,9% и 5,0%), и образованию острой аневризма ЛЖ (7,6% и 9,4%) не наблюдалось. Такое осложнение как синдром Дресслера регистрировался только у 3,8% пациенток первой группы и не наблюдался во второй. Вместе с тем разрыв стенки ЛЖ с гемотампонадой регистрировался только у пациенток пожилого и старческого возраста (9,4%). Летальность от инфаркта миокарда составила среди женщин среднего возраста 3,8%, тогда как среди женщин пожилого и старческого возраста 28,9%, $p<0,001$. Основными причинами смерти у женщин среднего возраста была острая сердечная недостаточность (ОСН), тогда

как у женщин пожилого и старческого возраста ОСН и разрыв миокарда с гемотампонадой.

Обсуждение:

Как следует из данных литературы, факторы риска не имеют различий у мужчин и женщин. Однако эта проблема значительно глубже изучена у мужчин. D.Wood в 2006 г.представил обзор по ФР в зависимости от пола и оказалось, что при поправке на возраст все факторы риска за исключением курения встречались и у женщин. Артериальная гипертония остается ведущим фактором риска. По данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины РФ, у женщин 40-49 лет гипертония встречается примерно в 30% случаев, 50-59 лет – в 60%, 60-69 лет почти в 70%, старше 70 лет – в 80% . В нашем исследовании АГ регистрировалась в 89,9% случаев у женщин среднего возраста и в 95,7% у женщин пожилого и старческого возраста. Сахарный диабет существенно ухудшает прогноз у всех больных ИБС, но для женщин этот риск выше в 3-7 раз. Именно СД и нарушения углеводного обмена выделяются как наиболее агрессивный фактор риска тяжелого течения ИБС у женщин. Происходит снижение толерантности женского организма к развитию липидных нарушений и, в конечном итоге, к развитию атеросклероза. Это подтверждается в многочисленных проспективных исследованиях, изучавших влияние нарушений углеводного обмена на течение ИБС и ИМ как ее конечную точку. В нашем исследовании СД чаще наблюдался у женщин пожилого и старческого возраста, чем у женщин среднего возраста (32,6% и 24±4,8%). %, Ожирение – другой серьезный фактор риска ИБС. В исследовании NHS (Nurse´s Health Study) почти 116 000 женщин наблюдались в течение 14 лет, и была найдена положительная корреляция между ИМТ и ИБС: коронарный риск был в 3,6 раза выше при ИМТ более 29, по сравнению с ИМТ менее 21 [Willet A. Et al, 1995]. В нашем исследовании ожирение как один из основных ФР достоверно чаще встречался у женщин среднего возраста, чем у пожилых (43±5,6% и 26,8±3,8% соответственно).

Важным ФР возникновения у женщин атеросклероза является курение. Наиболее убедительные доказательства этого были получены при проведении исследований, осуществляемых согласно национальной программе здоровья США. Следует отметить масштабность этих исследований выполненных у 117 тыс. женщин в возрасте от 30 до 55 лет, проспективно наблюдаемых в течение 12 лет. По данным многофакторного анализа риск развития ИБС был повышен у курящих женщин до 4,2, тогда как у прекративших курение он составлял только 1,4 и не отличался существенно от показателей, наблюдаемых у никогда не куривших женщин. В последние годы в России отмечается увеличение процента курящих женщин до 40%, в основном это касается женщин молодого и среднего возраста. В нашем исследовании среди женщин среднего возраста курили до развития ИМ 18,9% и только 0,7% женщин старше 75 лет.

Гормональные изменения приводят к нарушениям липидного обмена атерогенного характера – достоверному повышению содержания в крови общего холестерина, триглицеридов, и липопротеидов низкой плотности при снижении липопротеидов высокой плотности. Как известно, женские половые гормоны оказывают существенное положительное влияние на уровень оксида азота - фактора сосудистой релаксации – и блокируют кальциевые каналы. В период менопаузы у женщин в несколько раз повышается риск ИБС.

Медикаментозное лечение женщин с ИБС и ИМ, включая его острый период и последующую вторичную профилактику, принципиально мало, чем отличается от мужчин. Лечение с доказанными для женщин эффектами включает в себя: тромболизис, ацетилсалициловую кислоту, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, особенно у пациенток с дисфункцией левого желудочка. Аспирин (ацетилсалициловая кислота) снижает риск сердечных осложнений на 25%. Бета-блокаторы уменьшают смертность на 21% и вероятность повторного инфаркта миокарда – на 25% у женщин после ОИМ. Ингибиторы АПФ также снижают смертность и вероятность повторного ИМ у больных с диастолической дисфункцией левого желудочка или сниженной фракцией выброса меньше 40%.

В исследовании B.Hanratty с соавт. [2000] проанализировано лечение 2153 пациентов (850 женщин и 1303 мужчин), госпитализированных по поводу ОИМ в госпитали Йоркшира. Были получены следующие результаты. Женщинам при поступлении реже проводился тромболизис, реже назначался аспирин, а при выписке реже назначались бета-блокаторы, при одинаковой назначаемости ингибиторов АПФ, статинов и.т.д. Малое назначение тромболитиков, аспирина и ББ авторы объясняют возрастом и наличием сопутствующих заболеваний у женщин с ОИМ, но делают заключение, что возраст не должен ограничивать приема необходимых лекарственных средств и тем, самым влиять на прогноз, который у женщин оказался намного хуже.

В нашем исследовании было установлено, что ББ реже назначались пациенткам второй группы, чем пациенткам первой группы, так же как и статины. При этом ограничения в назначении ББ были обусловлены наличием противопоказаний. В назначении антиагрегантов и ИАПФ статистически значимого различия не выявлено. Антикоагулянты реже назначались женщинам среднего возраста, чем женщинам пожилого и старческого. При появлении побочных эффектов во время приема ИАПФ, таких, как сухой кашель, назначали АРА II, что чаще наблюдалось у женщин среднего возраста, чем у пациенток пожилого и старческого возраста.

В нашем исследовании было установлено, что главными ФР инфаркта миокарда среди женщин пожилого и старческого возраста являются АГ и СД. Тогда как у женщин среднего возраста достоверно чаще отмечались дислипидемия, курение и ожирение, а также сочетание 3 и 4 ФР. ОИМ у женщин пожилого и старческого возраста чаще осложняется отеком легких, кардиогенным

шоком, нарушениями ритма и рецидивами инфаркта миокарда. А также характерными осложнениями для данной категории пациенток можно считать такие, как разрыв свободной стенки миокарда левого желудочка. У женщин молодого и среднего возраста чаще наблюдается ранняя постинфарктная стенокардия и синдром Дресслера.

При лечении ИМ у женщин пожилого возраста в 3 раза реже используется тромболитическая терапия, чем среди женщин среднего возраста. Также у женщин пожилого возраста чаще используются низкие дозы низкомолекулярных гепаринов.

При коронарографии у женщин пожилого возраста характерно многососудистое поражение, тогда как у женщин среднего возраста односсудистое.

Таблица

Характеристика пациенток, включенных в исследование (M±m)

Показатель	Первая группа (средний возраст)	Вторая группа (пожилой и старческий возраст)	p
Количество пациентов	79	138	
Средний возраст	51,6±5,9	71,7±6,9	<0,05
АГ	89,9±3,4	95,7±1,7	<0,05
СД	24,05±4,8	32,6±3,9	<0,05
Ожирение	43,03±5,06	26,8±3,7	0,05
Первичный ИМ	94,9±2,5	74,6±3,7	<0,01
Повторный ИМ	5,06±2,4	24,6±3,6	<0,01
Передний распространенный	33,2±4,6	56,5±4,1	<0,01
Циркулярный	1,3±1,2	5,8±1,9	<0,05
Задний	50,2±4,5	35,0±2,7	<0,01
Задний с захватом ПЖ	2,5±1,7	3,6±1,6	>0,05
Трансмуральный	16,2±4,1	26,08±4,9	<0,01
Крупноочаговый	52,6±5,6	47,1±4,2	>0,05
Мелкоочаговый	31,6±5,2	26,8±3,7	>0,05
Осложнения ОИМ			
ОСН Киллип 3 (отек легких)	3,8±2,1	18,8±3,3	<0,01
ОСН Киллип 4 (кардиоген. шок)	5,06±2,4	16,7±3,1	<0,01
Ранняя постинфарктная стен.	43±5,6	19,6±3,4	<0,01
Аневризма	7,6±2,9	9,4±2,5	>0,05
Нарушения ритма	7,6±2,9	21,7±3,5	<0,01
Синдром Дресслера	3,8±2,1	-	
Разрывы миокарда	-	9,4±2,5	

Литература:

1. Wood D. Policy Conference on CVD in women, 2006.
2. С.А. Шальнова, А.Д. Деев, О.В. Вихерев и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность лечение, контроль, профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2001; 2: 3-7.
3. С.Н. Терещенко, Н.А.Джаниани, А.В.Голубев ИБС и сахарный диабет // Consilium medicum 2005; 7(5): 364 – 8.
4. А.Д. Куимов Инфаркт миокарда у женщин. – Новосибирск: Наука, 2006. – 131 с.
5. Kawachi I.,Colitz G., Stampfer M. et al. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women // JAMA. – 1993. – Vol.263. – P.2213-2214.
6. М.А. Гуревич, Л.В. Архипова Особенности клинического течения и лечения ишемической болезни сердца у женщин.// Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов.-2009.-№1.-С.9-15.
7. А.Д. Куимов Инфаркт миокарда у женщин. – Новосибирск: Наука, 2006.

8. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ

***С.В.Сергиенко**, врач-травматолог,*
заведующий травматологическим отделением поликлиники

Заболевания костно-мышечной системы (КМС) в г. Междуреченске занимают довольно высокое место в структуре заболеваемости населения. За 2015г. в МБУЗ ЦГБ обратилось 15903 пациентов с заболеванием КМС, из них 5372 пациента - в травматологическое отделение поликлиники. Заболеваемость по Междуреченску в 2015г. составила - 15760,21 на 100 тысяч населения. Заболеваемость КМС находится на третьем месте после болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения.

Цель исследования:

1. Изучить структуру заболеваний КМС пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре травматологического отделения поликлиники МБУЗ ЦГБ за 2013 – 2015гг.
2. Оценить эффективность применения глюкокортикоидных (ГКП) препаратов в локальной местной инъекционной терапии при заболеваниях КМС.
3. Уточнить показания для применения ГКП в локальной инъекционной терапии при заболеваниях КМС.

Таблица №1

Пролеченные пациенты в дневном стационаре за 2013-2015гг

	Всего пролечено	Пролечено с заболеваниями КМС	Назначены ГКП
2013	216	184	48
2014	400	271	81
2015	314	281	100
Всего	**930**	**736**	**229**

За 2013г – 2015г в дневном стационаре пролечено 930 пациентов, из них 736 пациентов было с заболеваниями костно-мышечной системы, что составляет 79,1% от всех пациентов. У 229 пациентов проводилось лечение с применением глюкокортикоидных препаратов, что составило 31% от пациентов с заболеваниями с КМС.

Таблица №2

Структура по нозологии пролеченных пациентов с заболеваниями КМС

	Пролечено	Назначены ГКП	
Деформирующий артроз	528	40	7,5%
Плечелопаточный болевой синдром	140	123	87,8%
Эпикондилит	38	36	94,7%
Пяточный бурсит	13	13	100%
Ахиллобурсит	5	5	100%
Теносиновиит шиловидного отростка лучевой и локтевой костей	7	7	100%
Кокцигодиния	1	1	100%
Лигаментит собственной связки надколенника	1	1	100%
Гоналгия после эндопротезирования сустава.	3	3	100%
Всего	**736**	**229**	**31,1%**

В данной таблице представлены все пациенты по нозологии, пролеченные в дневном стационаре за 2013-2015гг. Более половины - больные с деформирующим артрозом суставов, преимущественно с поражением коленного сустава. Пациентам с деформирующим артрозом менее всего назначались глюкокортикоидные препараты. Из 528 пациентов назначены ГКП у 40 человек, что составило 7,5%.

Следующая большая группа пациентов с плечелопаточным болевым синдромом - 140 пролечено за три года, 123 были назначены ГКП, что составило 87,8%. Пациентов с эпикондилитами пролечено 38 человек, 36 назначены ГКП, что составило 94,7%. Остальные пациенты с такой нозологией, как: пяточный бурсит, ахиллобурсит, теносиновиит шиловидного отростка и др., всего пролечено за три года 30 человек, но им всем проводилось лечение ГКП. Здесь надо обратить внимание, в последние годы в связи увеличением выполненных эндопротезированием коленных суставов, появились больные, у которых развивается гоналгия коленного сустава, с формированием триггерных точек после эндопротезирования коленного сустава. Таких пациентов пролечено трое, всем проводилась локальная инъекционная терапия ГКП. У всех пациентов, которым назначалась локальная инъекционная терапия, за счет длительности заболевания, неэффективности предыдущего лечения, сформировались триггерные точки.

Для локальной инъекционной терапии триггерных точек применялись следующие глюкокортикоидные препараты: Дипроспан, Гидрокортизон, Кеналог и Флостерон. Более чем в половине случаев использовался Дипроспан у 120

пациентов (52%), менее всего применялся Флостерон у шести пациентов (2,6%). Гидрокортизон использовался у 81 пациента (25%), Кеналог – у 22 пациентов (9%)

Таблица №3

Применяемые глюкокортикоидные препараты

Дипроспан	120	52,40%
Гидрокортизон	81	35,40%
Кеналог	22	9,60%
Флостерон	6	2,60%

Препаратом выбора является Дипроспан. Данный препарат оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и иммунодепрессивное действие. Форма выпуска - ампула по 1мл. Главное отличие дипроспана от других глюкортикоидов в его составе. Два действующих вещества. Бетаметазона натрия фосфат практически сразу абсорбируется из места введения, что обеспечивает быстрое начало терапевтического действия. Выводится в течение суток. Второе действующее вещество - бетаметазонадипропионат медленно абсорбируется из депо в месте введения, что позволяет обеспечить пролонгированное действие препарата. Выводится до десяти суток. Благодаря такому составу дипроспан одновременно обладает быстрым и пролонгированным действием.

Показания к применению дипроспана:

- Заболевания костно-мышечной системы и мягких тканей
- Аллергические заболевания
- Дерматологические заболевания
- Системные заболевания соединительной ткани

Противопоказания

- Системные микозы
- Повышенная чувствительность к другим ГКП
- Детям до трех лет
- Недопустимо в\венное и подкожное введение и введение препарата в инфицированные поверхности

Дипроспан можно применять для в\мышечного введения, околосуставного, внутрисуставного, интрабурсального, внутрикожного и внутриочагового введения.

Методика локальной инъекционной терапии ГКП:

Введение ГКП проводилось с соблюдением правил асептики. Дозировка 1,0 мл Дипроспана, Кеналога, Гидрокортизона и Флостерона. ГКП разбавлялись местными анастетиками: 0,5% Новокаином или 2% Лидокаином от 3,0 мл до 15 мл. Разбавление анастетиком позволяет уменьшить боль при введении ГКП и делает возможным введение препарата в несколько болевых точек. Внутрисуставное введение не применялось, при деформирующих артрозах ГКП вводились

околосуставно. Количество введений ГКП 1-2 раза с интервалом 5-7 дней, почти всегда 2 инъекции. Если после первой инъекции болевой синдром практически купировался, следующая не проводилась. Крайне редко проводилась третья инъекция, при сохранении болевого синдрома, но обычно с интервалом 2-3 недели от предыдущей. Проведение локальной инъекционной терапии, как правило, сочеталось с назначением НПВП, миорелаксантов, физиолечением. В некоторых случаях противовоспалительная терапия не назначалась, так как пациентам была уже проведена. Также применялась блокада триггерных точек 2% Лидокаином.

После локальной инъекционной терапии всегда удавалось достичь уменьшения болевого синдрома. Боль начинала купироваться после первой инъекции на 2-3 день. Вторая инъекция проводилась через 7-8 дней при сохранявшемся болевом синдроме, и практически всегда значительно купировался болевой синдром.

Наблюдалась реакция на введение ГКП в виде усиления боли в первые сутки.

Показания для проведения локальной инъекционной терапии:

- Наличие триггерных точек;
- Длительный болевой синдром, очень часто хронический;
- Неэффективность предшествующего лечения (противовоспалительная терапия, физиолечение).

Выводы:

1. Применение ГКП для локальной инъекционной терапии всегда позволяет добиться купирования или уменьшения болевого синдрома.
2. Осложнений не зафиксировано.
3. Наблюдалась реакция на введение ГКП в виде усиления боли в первые сутки.
4. Необходимо в сочетании ГКП назначать анальгетики, НПВП, миорелаксанты, физиолечение. Лечение должно быть комплексным.
5. При наличии триггерных точек локальная инъекционная терапия является методом выбора.

Используемая литература:

1. *Дэвид Г. Симонс, Джанет Г. Травэл, Луис С. Симонс.*Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам. Перевод с английского. Москва, Медицина, 2005г.
2. *С.П. Миронов, Е.Ш. Ломтатидзе, М.Б. Цыкунов, М.Ю. Соломин, С.В. Поцелуйко, Ф.Л. Лазко, В.Е. Ломтатидзе.*Плечелопаточный болевой синдром. Волгоград, 2006г
3. *С. Х. Тер-Вартаньян, О. Б. Яременко, В. С. Худина*. Локальная инъекционная терапия при поражениях суставов и периартикулярных тканей. Киев, 1997г

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРОВ ПЛЕЧА В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Ю.А. Сисин, *врач-травматолог-ортопед*

Известное из литературы заболевание под названием плечелопаточный периартрит (ПЛП) является одним из наиболее часто встречающихся. По данным многих авторов, оно составляет от 3,15% до 26,1% среди заболеваний плечевого сустава. Лишь в единичных работах (Зулкарнеев Р.А.,1997; Алейников А.В.,1998; Прудников О.Е.,1990; и т.д.) авторы высказывают мысли о том, что под обобщенным диагнозом ПЛП часто скрываются различные по локализации процессы - субакромиальный бурсит, тендениты мышц ВМП, разрывы ВМП и т.д. Есть мнения о том, что указанное заболевание напрямую связано с шейным остеохондрозом. (Попелянский Я.Ю., Загородный П.И.,) Это приводит к путанице в понимании ПЛП и к тому, что больные стали лечиться не только у хирургов, но и неврологов, терапевтов, не достигая желаемого эффекта от, казалось бы, правильно проведенного лечения. Однако одна из причин – поражение сухожильно-связочного участка капсулы плечевого сустава, расположенной над большим бугорком плечевой кости. Поэтому на сегодняшний день все чаще используется термин – повреждение вращательной манжеты плеча (ВМП).

Впервые термин вращающая манжета плеча был введен в 1931год E.A. Codman`ом. Он объединил в этот термин mm. supraspinatus, infraspinatus, teres minor et subscapularis.

Оперативное лечение разрывов сухожилий ВМП преследует цель:

1. Восстановление анатомических мягко-тканных структур и активной подвижности плечевого сустава.
2. Устранение болезненности и блокировок при движении (устранение импинджмент- синдрома).

Если первая цель достигается реинсерцией сухожилий ротаторов плеча, то вторая направлена на устранение акромиобугоркового конфликта и комплексного лечения посттравматического плечелопаточного синдрома.

С 1996 года по 2015 год в травматологическом отделении Междуреченска прооперировано 184 больных с разрывами сухожилий ротаторов плеча - 121 (65,8%) мужчин и 63 (34,24%) женщин, причем преобладающее большинство из них были в возрасте старше 50 лет. У 4 больных оперативное вмешательство проводилось на 2 суставах.

- по давности

Из всех пострадавших 24 поступили со свежими повреждениями, 102- несвежими, 50 с застарелыми повреждениями.

- по механизму

Травматический генез разрывов сухожилий ротаторов плеча установлен у 169 (91,9%) больных.

У 15 больных (8,1%) больных разрывы сухожилий ротаторов отмечены на фоне “дегенеративно-дистрофических “ поражений плечевого сустава.

- по характеру
    1. У 45 (24,5%)-полный разрыв ВМП (выраженный травматический агент и чаще при непрямом механизме, характерный для вывихов плеча).
    2. У 109 (52,2%) больных – частичный разрыв ВМП (чаще возникал при непрямой травме - при осевом механизме и при тракционном механизме).

Частичные повреждения бывают внешними, внутренними (по отношению к суставу) и внутрисухожильными. Частичные, полные разрывы, чрескостные отрывы могут быть локальными и обширными в зависимости от степени распространения на структуры вращательной манжеты.

3. У 30 (16,3%) больных отмечался чрескостный разрыв ВМП (после травматических вывихов плеча с апекальным переломом большого бугорка (отрыв инсерционной пластинки сухожилия, чаще надостной, либо с оскольчатым переломом большого бугорка).

Существует 3 типа переломов большого бугорка плечевой кости (Ланшаков В.А., Гюнтер В.Э., Плоткин Г.Л. и др., 2004), из которых наиболее разнообразны переломы бугорка плеча второго типа, которые мы относим к чрескостным разрывам сухожилий ротаторной манжеты плеча.

При повреждении ВМП наиболее часто страдают следующие виды движений: отведение плеча, наружная ротация.

Диагностика разрывов сухожилий ротаторов плеча осуществлялась с использованием общепринятых клинических и рентгенологических методов обследования. У 76 больных проведены дополнительные методы обследования (артропневмография, электромиография, магнитно-резонансная томография), которые позволили выявить повреждения хрящевой губы, размеры дефекта хряща, суставных поверхностей, нервных образований.

Диагностическая артроскопия плечевого сустава выполнялась у 90 больных. Этот метод позволил выявить импрессионный перелом лопатки, отрыв хрящевой губы, костные разрывы, отслойку хряща лопатки. Хирургические вмешательства при разрыве вращательной "манжеты" плеча вариабельны и зависят от вида повреждения, его давности и вторичных изменений в зоне повреждения.

Показаниями к оперативному лечению явилось:

1. Полный разрыв вращательной манжеты плеча.
2. Чрескостный разрыв сухожилий ротаторов плеча.
3. Неэффективное консервативное лечение при частичном разрыве сухожилий ротаторов плеча.

У больных со свежими и несвежими повреждениями при оперативных вмешательствах использовался: передний доступ по Codman (с частичным пересечением дельтовидной мышцы, иссечением клювовидно-акромиальной связки (субакромиальная декомпрессия, позволяющая расширить операционный доступ и в последующем избежать конфликт скользящего аппарата субакромиального сустава).

При застарелых повреждениях, когда наступают дегенерация сухожилий, их укорочение и спаяние грубыми рубцами с окружающими тканями, использовался чрескостный расширенный доступ (с последующим остеосинтезом отростков лопатки скобками из никелида титана).

Реинсерция сухожилий осуществлялась в основном по Кодману, в одном случае реинсерция произведена сухожильным швом конец в конец.

При реинсерции сухожилий у пострадавших использовались лавсановые П-образные швы.

В 62 (33,7%) случаях использовалась дополнительная накостная фиксация конструкциями с термомеханической памятью, комбинация лавсановых швов и проволоки из никелида титана.

При застарелых случаях у 18 (10%) больных с целью исключения прорезывания швов в толщу пакета сухожилий имплантировалась эластичная пористая пластина из никелида титана. Патент РФ №2202972.(30.04.2002г.). Способ включает в себя формирование пакета сухожилий и костного ложа для него в головке плечевой кости, размещение и чрескостную фиксацию пакета сухожилий в сформированном костном ложе, причем формирование пакета сухожилий осуществляется армированием его объема пластинчатым имплантантом из пористого никелида титана и сквозным прошиванием пакета сухожилий и имплантанта шовным материалом.

Размещенный в толще сухожилий пористый имплантант повышает механическую прочность пакета сухожилий прикрепляемого к кости, равномерно распределяет адаптационную способность сухожилий и костного ложа, улучшает реабилитацию пострадавших и исходы оперативного лечения.

В четырех случаях при застарелом разрыве сухожилий фиксация сухожилий использовалась якорными фиксаторами. Якорь крепится к кости, а нитями в свою очередь прошиваются сухожилия.

Восстановление разрывов сухожилий ВМП возможно не во всех случаях, а именно: при застарелых повреждениях ввиду образования рубцов, перерождения сухожилий, выраженного дегенеративного процесса, в результате которых во время операции невозможно подтянуть сухожилие для закрепления в кости. В трех случаях использовалась пластика с применением сухожилия длинной головки двуглавой мышцы.

Критерием натяжения при ушивании манжеты была возможность свободного приведения плеча к туловищу после наложения швов.

Всем больным после оперативного лечения накладывалась клиновидная подушка на 4-6 недель.

В первые сутки после операции назначались наркотические анальгетики, с целью профилактики инфекционных осложнений - антибиотики.

Основу восстановительного лечения составляла лечебная гимнастика, которая начиналась с первых дней после операции (упражнения в изометрическом режиме на здоровую конечность - для укрепления мышц плечевого пояса, после снятия повязки начинают упражнения по методике Каптелина А.Ф. (1973г) на травмированной конечности, упражнения для локтевого и лучезапястного суставов, рекомендуем упражнения в воде, на плоскости и постизометрическую релаксацию (ПИР)), которая сочеталась с лекарственными средствами и ФТЛ (на вторые сутки магнитотерапия – для снятия болевого синдрома, отека, импульсная терапия на шейно-грудные сегменты для улучшения регионарного кровообращения, электрофорез с никотиновой кислотой и новокаином – для улучшения трофических процессов в суставе, электростимуляция дельтовидной и надостной мышц, массаж, теплолечение, УЗ).

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения от 3 месяцев до 5 лет, полученные результаты можно считать хорошими и отличными. При отличном результате - полный объем движений, болей нет, слабость незначительная. У больных с хорошим результатом возможны нечастые, незначительные боли к перемене погоды, при повышенных нагрузках, с длительным использованием конечности выше уровня плеча, отведение и сгибание не менее 140 градусов.

Из всех пролеченных больных было 3 осложнения: подкожная гематома и поверхностное нагноение, с которым удалось легко справиться, и артрит плечевого сустава.

Таким образом:

Улучшение результатов оперативного лечения обусловлено ранним оперативным вмешательством, совершенствованием оперативной техники: в частности применение накостной фиксации сухожилий скобками с термомеханической памятью, комбинация лавсановых швов с проволокой из никелида титана, армирование сухожилий эластичной пластиной из пористого никелида титана.

Список литературы:

1. В.А.Ланшаков, Ю.А.Сисин, Ш.А. Зиябаев, А.Х. Бахаутдинов «Диагностика нестабильности плечевого сустава при разрывах сухожилий ротаторной манжеты плеча» Научно-практический медицинский журнал «Медицина в Кузбассе №7 2005г. Тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции Кемерово 29-30 ноября 2005 года.
2. В.А.Ланшаков, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин, А.Г.Халаман «Имплантанты из никелида титана при оперативном лечении разрывов сухожилий вращающей

манжеты плеча». Shape Memory Biomaterials and Implants Proceedinqs of International conference, Tomsk, June 28-30 2001.
3. В.А.Ланшаков, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин, А.Г.Халаман «Оперативное лечение разрывов сухожилий вращающей манжеты плеча». Новые технологии в лечении повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Материалы юбилейной международной научно-практической конференции травматологов-ортопедов. Екатеринбург-Ревда, 2001.
4. В.А.Ланшаков, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин, А.Г.Халаман, А.Н.Миронов «Внутрисуставные переломы плечевого сустава и их лечение». Shape Memory Biomaterials and Implants Proceedinqs of International conference, Tomsk, June 28-30 2001.
5. В.А.Ланшаков, В.В.Кочкин, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин, А.Г.Халаман, А.Н.Миронов «Артрография при повреждениях мягкотканых образований плечевого сустава». Учебно – методическое пособие. Новокузнецк – 2002.
6. В.А.Ланшаков, В.Э.Гюнтер, А.Г.Халаман, В.П.Корнев, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин «Способ хирургического лечения разрывов сухожилий ротаторных мышц плеча» - приоритет на изобретение. 10.10.2001.
7. ПАТЕНТ на изобретение №2202972 (приоритет от 13.06.2001.) «Способ хирургического лечения разрывов сухожилий ротаторных мышц плеча» В.А.Ланшаков, В.Э.Гюнтер, А.Г.Халаман, В.П.Корнев, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин.
8. Ю.Н.Бабушкин, В.П.Корнев, А.К.Максимов, Ю.А.Сисин «Применение новых технологий в условиях травматологического отделения ЦГБ». Материалы городской научно-практической конференции - Опыт внедрения новых технологий в диагностику и лечение больных в г.Междуреченске. Междуреченск, 2001.
9. Прудников О.Е. Повреждение вращательной манжеты плеча, сочетанные с поражениями плечевого сплетения: дис.д-ра мед наук.-Новосибирск, 1995.
10. Прудников О.Е Оперативное лечение поражений вращательной манжеты плеча. Автореферат – Новосибирск 1990.
11. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертебрология) руководство для врачей. Москва, «Медицина», 1969.
12. Каптелин А.Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата 1969.
13. Макаревич Е.Р.Лечение повреждений вращательной манжеты плеча – Минск 2001 -161с.
14. Codman E.A. The Shoulder. Rupture of the Supraspinatus Tendon and other lesions in or about the Subacromial Bursa, pp. 216-224. Boston, privately printed, 1934.
15. Bigliani LU Cuff tear arthroparty -in Principles of Orthopaedic Practice, volume **I**/ed by R Dee 2000.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ МЕЖДУРЕЧЕНСКА ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

Т.А. Файзрахманова, А.А. Перлухина, Л.А. Пшеничная,
врачи Центра по профилактике и борьбе со СПИД

ВИЧ – инфекция остается в числе глобальных для человечества проблем, представляющих собой серьезные угрозы здоровью людей. В РФ продолжается рост заболеваемости ВИЧ – инфекцией.

На 01.01.2016 г в РФ зарегистрировано 1 006 388 ВИЧ – инфицированных граждан. Россияне, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составляют 0,5 % всего населения страны. Ежегодный прирост новых случаев в стране составляет 10 – 12 %.

Значительный прирост ВИЧ – инфицированных идет за счет территорий Сибирского федерального округа. В течение пяти последних лет Кемеровская область занимает первое место по заболеваемости ВИЧ – инфекцией в Российской Федерации. В нашей области на 01.01.2016г. зарегистрировано 49 517 человек с ВИЧ – инфекцией, в том числе диагноз подтвержден 481 ребенку, рожденному от ВИЧ-инфицированных матерей. На текущий момент люди, живущие с диагнозом ВИЧ в Кемеровской области, составляют 1,4 %.

Междуреченск занимает 26 ранговое место в Кемеровской области по распространенности ВИЧИ. На 01.05.2016 г. В городе зарегистрировано 1 196 случаев ВИЧ – положительных граждан (показатель заболеваемости 117,3 на 100 тыс. населения).

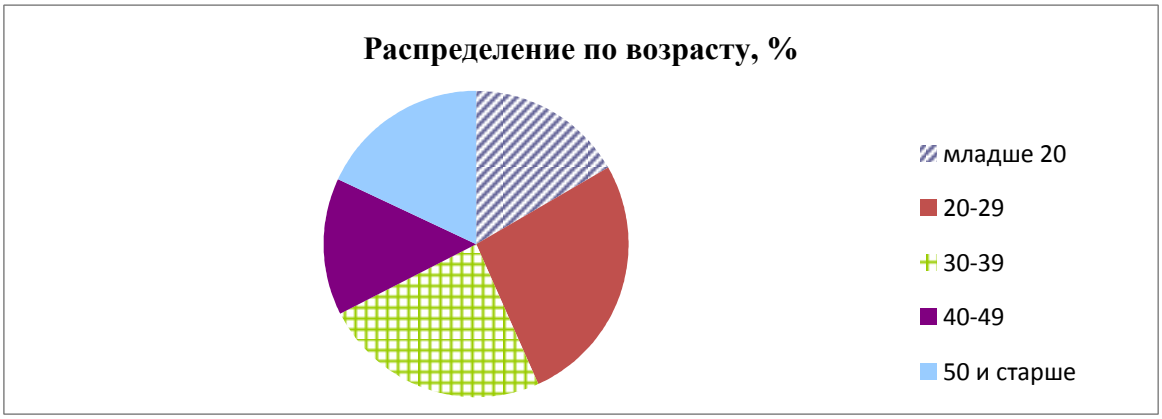
Одним из самых эффективных профилактических приемов в борьбе против ВИЧ/СПИД является предупреждение здоровых людей о том, как можно избежать инфицирования. Критерием оценки данной работы является проведение социологических исследований среди населения с целью изучения информированности по данной проблеме.

Так, в мае 2016 г. специалистами Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями был проведен социологический опрос среди жителей г. Междуреченска, приуроченный к Дню памяти умерших от СПИДа.

Целью данного исследования стало: изучение уровня информированности населения по проблеме ВИЧ-инфекции (понятие ВИЧ/СПИД, пути передачи, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции), отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИД.

Было проанкетировано 173 человека, из них 65 % мужчин, 35 % женщин. Распределение по возрасту представлено на Диаграмме № 1

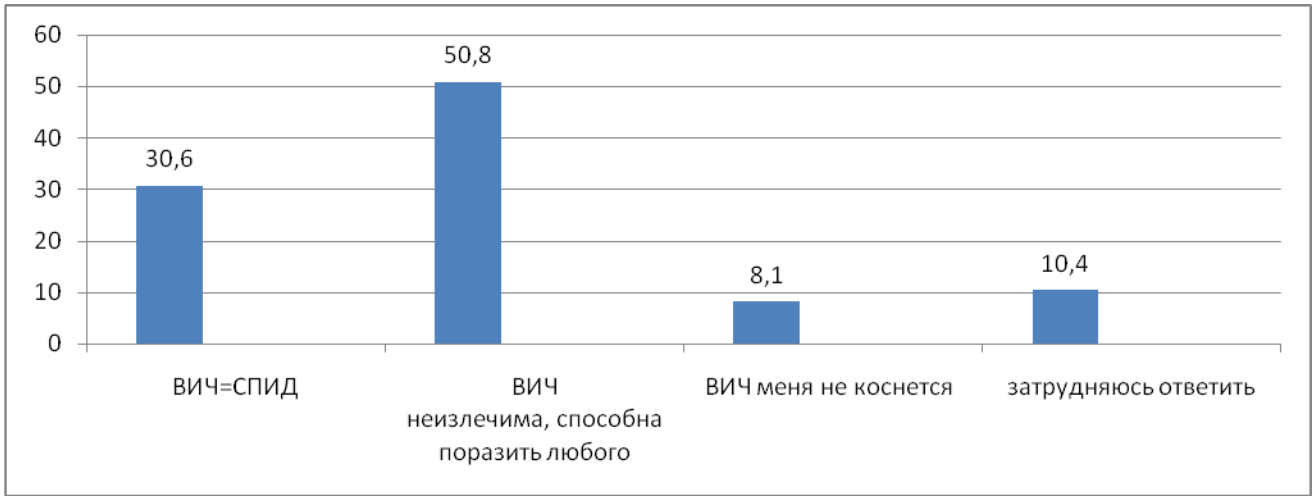
Диаграмма № 1



При изучении уровня информированности междуреченцев о ВИЧ – инфекции отмечено, что 30,6 % респондентов отождествляют термины «ВИЧ-инфекция» и «СПИД», 50,8 % опрошенных считают, что «ВИЧ – инфекция – это неизлечимое заболевание, способное поразить любого. 8,1% выбрали вариант ответа «ВИЧ-инфекция – заболевание редкое, меня не коснется». 10,4 % затруднились ответить на поставленный вопрос (см. диаграмму №2)

Диаграмма 2

Распределение ответов респондентов на вопрос «Как бы вы охарактеризовали такую болезнь, как ВИЧ-инфекция?», %



На вопрос «Излечима ли ВИЧ-инфекция?» только 38% знают о том, что ВИЧ-инфекция заболевание неизлечимое. 30,1 % опрошенных думают, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить, если лечение начато своевременно. 18,5 % человек не знают ответа на данный вопрос.

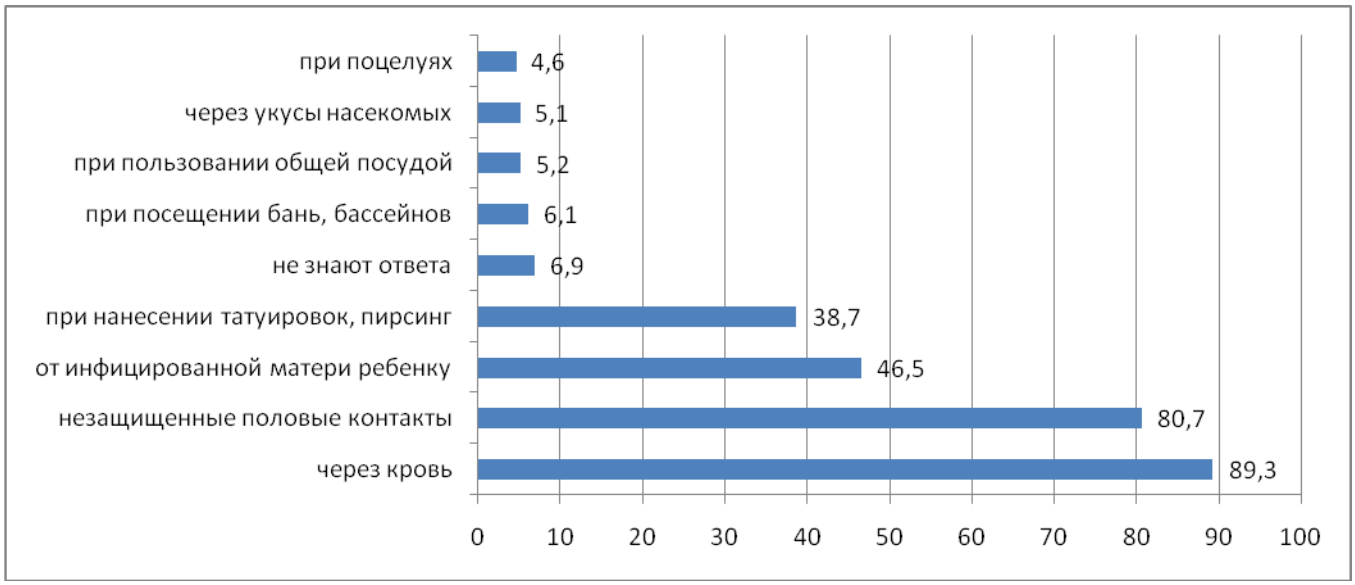
Уровень информированности населения по путям передачи ВИЧ-инфекции довольно высок. 80,7% человек считают, что незащищенные половые контакты могут привести к заражению ВИЧ-инфекцией. 89,3 % опрошенных знают, что ВИЧ передается через общий шприц (иглу, раствор) при употреблении наркотиков. 46,5 % респондентов считают, ВИЧ-инфекция передается от инфицированной матери ребенку во время беременности, в процессе родов и кормления грудью; 38,7% жителей Междуреченска знают, что можно заразиться ВИЧ-инфекцией при

использовании нестерильного инструментария при нанесении татуировок, пирсинга, маникюра.

Вместе с тем 5,2 % человек полагают, что можно заразиться ВИЧ при пользовании общей посудой/постельным бельем; 4,6 % опрошенных отметили поцелуи как путь передачи ВИЧ-инфекции; 5,1% респондентов считают, что есть вероятность заразиться ВИЧ через укусы кровососущего насекомого; 6,1 % человек отмечают возможным инфицирование ВИЧ при посещении бань, бассейнов; 6,9 % респондентов не смогли дать ответ на поставленный вопрос.

Диаграмма 3

Распределение ответов респондентов о путях передачи ВИЧ – инфекции, %

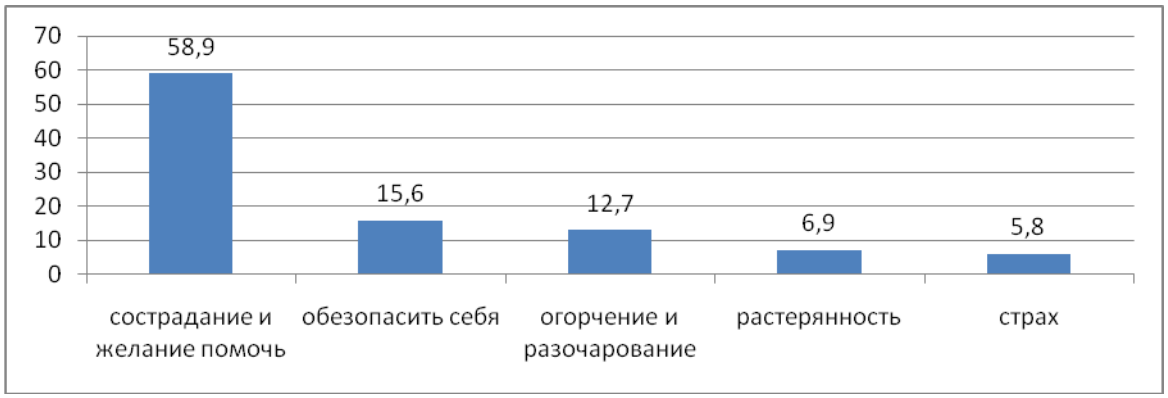


На вопрос: «Где можно пройти обследование на ВИЧ-инфекцию», 83,2% опрошенных указали Центр СПИДа, также отметили, что тестирование на ВИЧ можно пройти в поликлинике по месту жительства, в кожно-венерологической поликлинике и психонаркологическом диспансере; 4,6 % затрудняются ответить на вопрос.

За период развития эпидемии ВИЧ/СПИД в обществе сложилось не всегда толерантное отношение к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией. На вопрос: «Какие чувства вы испытаете, если узнаете, что один из ваших друзей инфицирован ВИЧ?» 58,9% опрошенных респондентов ответили, что будут испытывать сострадание к своему другу и постараются помочь ему; у 15,6 % респондентов возникает желание обезопасить себя; 5,8 % междуреченцев испытают страх; 6,9 % - чувство растерянности; 12,7 % жителей г. Междуреченска почувствуют огорчение и разочарование (см. диаграмму 4)

Диаграмма 4

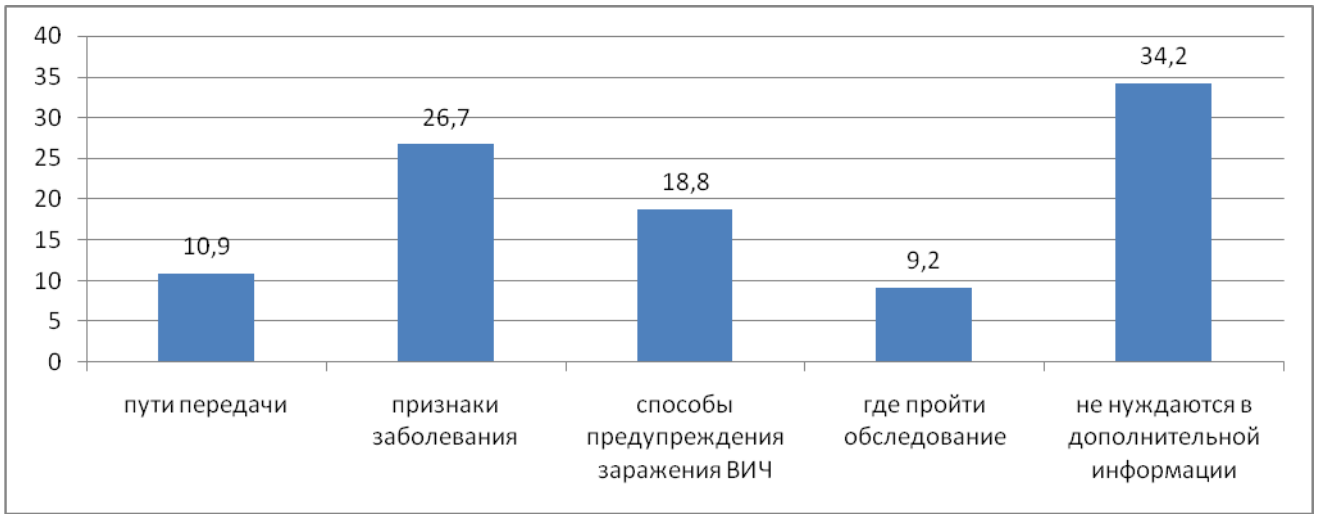
Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что вы почувствуете, если узнаете, что один из ваших друзей инфицирован ВИЧ?»,%



Дополнительную информацию по проблеме ВИЧ-инфекции жители г. Междуреченска хотели бы получить по направлениям: о признаках заболевания (26,7 %), о способах предупреждения ВИЧ (18,8%), где пройти обследование на ВИЧ-инфекцию (9,2 %), о путях передачи инфекции (10,9%). Не нуждаются в дополнительной информации 34,2% междуреченцев. (см. диаграмму 5)

Диаграмма 5

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какую информацию по проблеме ВИЧ/СПИД вы хотели бы получить дополнительно?», %



Основными источниками получения информации междуреченцами о ВИЧ-инфекции являются СМИ (61,9%). Медицинские работники как источник пополнения знаний о ВИЧ-инфекции для опрошенных составляют 28,6 %.

Необходимо отметить, что 95,9% проанкетированных междуреченцев считают ВИЧ проблемой всего общества, а не только медицинской.

Выводы:

Проанализировав ответы жителей г. Междуреченска, можно отметить: общий уровень информированности о путях передачи достаточно высокий, уровень информированности о ВИЧ-инфекции – средний; вместе с тем имеют место быть заблуждения о том, что ВИЧ передается бытовым путем, а также через укусы кровососущих насекомых.

30,6 % опрошенных ставят знак равенства между терминами «ВИЧ – инфекция» и «СПИД»

30,1 % опрошенных думают, что ВИЧ-инфекция поддается лечению, если оно начато своевременно

83,2% опрошенных знают, где можно обследоваться на ВИЧ-инфекцию

58,9% опрошенных готовы поддержать и помочь близкому человеку с ВИЧ – инфекцией

26,7% опрошенных хотят получить дополнительную информацию о признаках заболевания и 18,8 % - о способах предупреждения заражения.

Выводы:

Таким образом, приоритетными направлениями медицинского просвещения населения должны быть:

- Информирование о способах передачи предупреждения заражения ВИЧ – инфекцией;
- Информирование о прохождении обследования на ВИЧ-инфекцию;
- Формирование толерантного отношения к ВИЧ – инфицированным;
- Широкое использование средств массовых коммуникаций (телевидение, печать) с целью просвещения населения;
- Использование различных форм просвещения населения в санитарно – просветительской деятельности медицинских работников всех специальностей.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

А.И.Харута, *врач-проктолог, хирург.*

Довольно часто злокачественные опухоли кишечника развиваются из доброкачественных опухолей, полипов. Поэтому выявление таких полипов очень важно для ранней диагностики рака кишечника, а их удаление - это самый эффективный на сегодняшний день метод профилактики рака кишечника. Сейчас можно уверенно говорить об облигатном предраке рака кишечника - наследственном семейном полипозе, но это заболевание встречается очень редко, и его выявление не может изменить общую картину ранней диагностики рака кишечника.

Также рак кишечника может возникать и на первично неизмененной слизистой толстой кишки - возникает de novo.

Первые признаки опухоли в кишечнике проявляются в продромальном периоде в виде неспецифических симптомов:

1.упорной диспепсии (отрыжка, изжога, горечь во рту, тяжесть в желудке, тошнота, реже рвота);

2.вздутие живота, затрудненное отхождение газов, кишечные колики;

3.периодические ноющие или схваткообразные боли в животе, переходящие в постоянный болевой синдром;

4.длительные поносы или запоры, их чередование;

5.снижение аппетита, похудение (при злокачественных новообразованиях отмечается отвращение к мясу или другим продуктам);

6.бледность кожи, утомляемость, слабость, анемия, сложно поддающаяся лечению железосодержащими препаратами (особенно при доброкачественных сосудистых опухолях – кавернозных или капиллярных гемангиомах, а также при раке кишечника);

7.потемнение кала, что связано с латентными (скрытыми кровотечениями);

8.длительный субфебрилитет (температура тела не опускается ниже 37 С);

9.слизь, прожилки крови в кале.

Своевременная диагностика опухоли кишечника и удаление доброкачественного новообразования значительно увеличивает шансы полного выздоровления пациента.

На сегодняшний день существуют различные методы диагностики наличия новообразования в кишечнике:

1.«рутинные» (простые) методики: сбор жалоб и анамнеза заболевания, пальпация, пальцевое исследование прямой кишки, рентгенография с использованием контрастных препаратов (ирригоскопия), ректороманоскопия, колоноскопия, трансректальное УЗИ;

2.новые универсальные методы: определение онкомаркеров в сыворотке крови, КТ и МРТ, позитронно-эмиссионная томография.

Диагностика рака прямой кишки

При ректальном пальцевом исследовании можно выявить опухоль у 80% больных. Тем не менее, более чем у 80% впервые госпитализированных пациентов выявляются запущенные стадии заболевания – III – IV. В связи с этим, проблема ранней диагностики рака – одна из насущных в современной онкологии. Справедливости ради следует сказать, что скудная симптоматика на ранней стадии заболевания, сходство ее с различными заболеваниями толстой кишки, поздняя обращаемость пациентов за квалифицированной медицинской помощью, а также отсутствие онкологической настороженности у врачей общего профиля и санитарно-просветительской работы способствуют тому, что только 30-40% пациентов подлежат радикальному лечению.

Ректальное исследование – специальные приемы обследования с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей, выполняемые через просвет прямой кишки.

ОНКОМАРКЕРЫ

Наиболее известным маркером рака толстой кишки является раковоэмбриональный антиген (**РЭА**), как опухолевый маркер он обладает рядом недостатков. Во-первых, РЭА не выявляется у 40% больных колоректальным раком. Во-вторых, имеет низкую специфичность, поскольку повышение его уровня выявляется при других злокачественных опухолях и при неопухолевых заболеваниях. Таким образом, РЭА не нашел применения в первичной диагностике колоректального рака.

Еще один широко определяемый маркер – **СА-19-9** – имеет прогностическое значение при раке толстой кишки. Если его уровень превышает 37 ед/мл, риск смерти в течение 3 лет после операции увеличивается в 4 раза по сравнению с теми больными, у которых этот показатель отрицательный или более низкий.

Таким образом, универсального маркера, способствующего выявлению рака прямой кишки на ранней стадии процесса, до настоящего времени не найдено.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ректоскопия хотя и является основным методом диагностики рака прямой кишки, не позволяет судить о степени прорастания стенки кишки опухолью, а при стенозе и о протяженности опухолевого поражения. Кроме того, синхронный рак прямой и ободочной кишки не редкость, встречается у 1.5–2% больных, поэтому у всех больных раком прямой кишки обследуются все отделы толстого кишечника. Для этой цели пригодны как колоноскопия, так и ирригоскопия. Это не конкурирующие, а взаимодополняющие методы обследования. ***Биопсию*** проводят в конце исследования. В случае отрицательного ответа биопсию необходимо повторить (до 3-х раз).

Морфологическое подтверждение диагноза даже при самой характерной картине рака прямой кишки обязательно.

Ирригоскопия (рентгеноскопия с наполнением кишки барием с помощью клизмы) позволяет оценить протяженность опухоли по длине, форму роста, выявить вторую опухоль, крупные полипы, дивертикулы, в известной степени судить о прорастании в окружающие ткани.

Когда через «раковый канал» можно провести эндоскоп, выполняется **тотальная колоноскопия**. Метод позволяет осмотреть все отделы ободочной кишки и сделать забор биопсийного материала.

Современные возможности компьютерной техники позволяют в настоящее время провести компьютерную реконструкцию внутренней поверхности кишки без эндоскопического исследования. **Метод** получил название **виртуальной компьютерно-томографической (КТ) колоноскопии**. Сущность метода состоит в следующем. После соответствующей подготовки кишечника больного (освобождения просвета от каловых масс) и введения воздуха в толстую кишку проводится спиральная компьютерная томография брюшной полости. Полученные данные подвергаются компьютерной обработке и выводятся в виде трехмерного изображения просвета кишки. Метод позволяет обнаруживать полипы до 5 мм в диаметре. Недостатками виртуальной колоноскопии являются невозможность воспроизведения текстуры и цвета измененных участков слизистой оболочки, невозможность проведения биопсии, а также ложноположительные результаты при задержке каловых масс или коллапса сегмента кишки.

Трансректальное ультразвуковое исследование – один из самых информативных методов определения глубины прорастания стенки кишки и поражения регионарных лимфатических узлов. Первичная диагностика заболевания трансабдоминальным способом затруднена по целому ряду объективных причин. В первую очередь это связано с тем, что при трансабдоминальном сканировании прямая кишка визуализируется только в 85% случаев. Область анального канала практически недоступна для исследования из-за большой глубины расположения и наложения акустической тени от лонной кости. К тому же исследование требует хорошего наполнения мочевого пузыря.

Чувствительность метода при дифференциальной диагностике локализованных и местно-распространенных новообразований составляет 91%, специфичность 89%.

Одним из наиболее чувствительных и информативных методов выявления «маленьких» опухолей, рецидивов, микрометастазов является **позитронно-эмиссионная томография**(PET). PET позволяет дифференцировать метастатическое поражение лимфатических узлов от лимфаденопатий другой природы, что невозможно сделать при использовании компьютерной томографии, а также может успешно применяться для определения

распространенности первичной опухоли. Изучается также возможность использования PET для оценки операбельности больных с метастазами в печени.

Метод представляет собой разновидность сканирования с использованием меченного радиоактивным изотопом производного глюкозы. Полученные данные подвергаются обработке с использованием стандартной компьютерной техники. Готовые томограммы выводятся на дисплей. PET имеет ряд преимуществ перед другими визуализирующими методами. Метод позволяет дифференцировать жизнеспособную опухолевую ткань от участков фиброза, некроза или рубцовых изменений. Кроме того, можно выявлять опухолевую ткань максимально рано, поскольку метаболическая активность диагностируется раньше, чем появятся определяемые различными методами структурные изменения.

1. Группа низкого риска. Сюда входят лица старше 50 лет, в семьях которых никогда не было рака прямой кишки (отрицательный семейный анамнез). Им необходимо проведение пробы на скрытую кровь и пальцевое исследование ежегодно, а также раз в 5 лет фиброколоноскопии или ирригоскопии.

2. Группа среднего риска. Лица того же возраста, имеющие одного или нескольких родственников, страдающих раком толстой кишки. В этой группе скрининг нужно начинать с 40 лет по вышеуказанной схеме.

3. Группа высокого риска. Это больные семейным полипозом, язвенным колитом или болезнью Крона. Этим больным необходима ежегодная колоноскопия, начиная с 12-14 лет.

Заключение: Таким образом, только регулярное ознакомление населения с первыми признаками рака прямой кишки, только массовые пробы на скрытую кровь в кале и периодичность выполнения колоноскопии у группы лиц с высоким риском заболевания могут снизить частоту запущенных форм рака этой локализации и увеличить, тем самым, выживаемость больных.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ МАТКИ

Т.Н. Шатохина, А.Г. Ладейщикова, врачи
акушеры-гинекологи родильного отделения.

Научный руководитель - Л.В. Ренге, Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Акушерские кровотечения являются частым и грозным осложнением беременности и родов. До сих пор материнская смертность (МС) от кровотечений является одной из самых актуальных проблем. В мире ежегодно от кровотечений, как прямой причины МС, умирает более 130 тысяч женщин, половина из которых – от гипотонии матки. Кровотечение возглавляет так называемую «большую пятерку» причин МС. Опасность, заключенная в оперативном родоразрешении и, особенно, в увеличении количества хирургических методов остановки кровотечений, диктовала необходимость длительной, последовательной и упорной борьбы с кровотечением консервативными методами. Этим и объясняется приоритет консервативного этапа лечения кровотечения. Поэтому любые новые методы, позволяющие остановить кровотечение на консервативном этапе, и доказавшие свою эффективность, непременно должны внедряться в акушерскую практику.

Основными направлениями модернизации помощи при послеродовом кровотечении являются:

- предотвращение патологической кровопотери, геморрагического шока и тяжелой материнской заболеваемости;
- при вагинальных родах максимальное сокращение числа хирургических вмешательств (остановить кровотечение без лапаротомии, компрессионных швов, перевязки сосудов, экстирпации матки);
- при кесаревом сечении не допустить возвращения пациентки в операционную по причине послеродового кровотечения, релапаротомии, пуэрперального эндометрита.

Все эти задачи успешно решаются при использовании баллонной тампонады Жуковского (БТЖ). Баллонная тампонада матки эффективна и нужна для лечения и профилактики гипотонических кровотечений. По данным крупных перинатальных центров, эффективность БТЖ составляет 96% [2].

В нашем отделении используется баллонная тампонада Жуковского с 2012 года, как компонент комплексной терапии акушерских кровотечений, механический консервативный метод остановки кровотечения.

Нами проведен анализ исходов лечения гипотонических кровотечений в родильном отделении г. Междуреченска за период с 2009 по 2015 годы. Количество случаев - 91.

Цель исследования заключалась в сравнении исходов лечения гипотонических кровотечений с применением баллонной тампонады Жуковского (БТЖ) и без применения.

Задачи исследования заключались в следующем:

1. Выявить группы риска по гипотоническому кровотечению.

2.Определить показания и условия баллонной тампонады матки.

3. Оценить эффективность баллонной тампонады матки как консервативного метода остановки гипотонических послеродовых кровотечений.

Гипотонические кровотечения возникли в следующих группах:

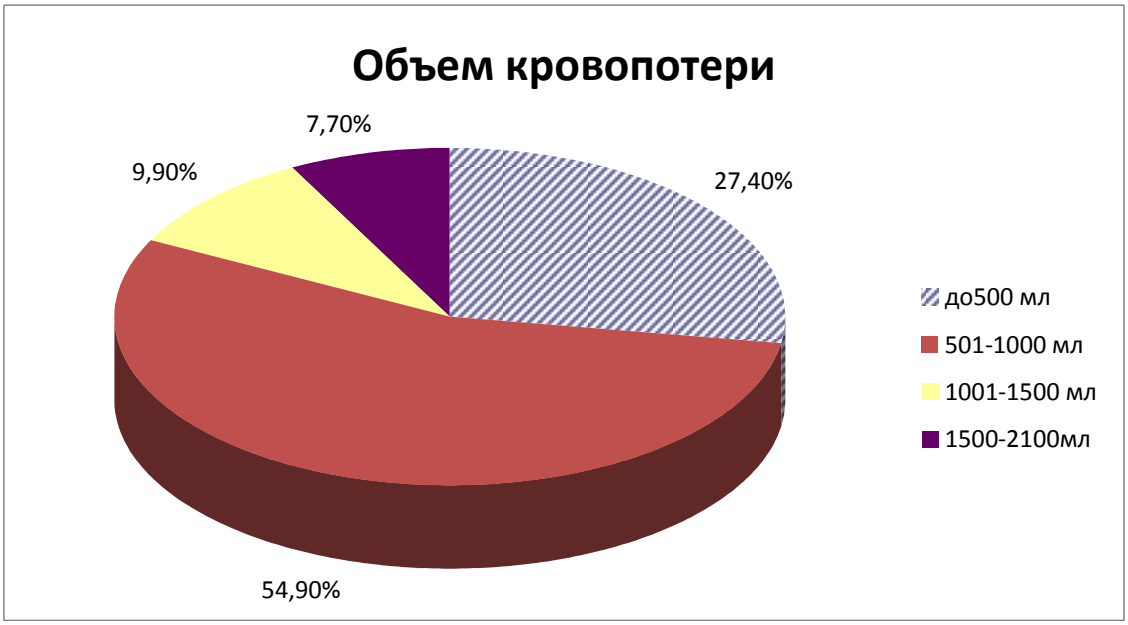
Таблица 1.

Особенности родов	**Число женщин**	**%**
Первородящие: первобеременные повторнобеременные	35 19 16	38,50 20,80 17,50
Повторнородящие	56	61,50
Многорожавшие (3 и более родов)	24	26,40
Роды через естественные родовые пути	65	71,40
Кесарево сечение	26	28,50
Роды крупным плодом (4000 г. и более)	10	10,90
Многоплодные роды (двойни)	2	2,20
Аномалии родовой деятельности	11	12,10
Длительный безводный период (более 12 часов)	7	7,70
Хорионамнионит	5	5,50
Низкая плацентация	8	8,80

Всем пациентам 100% проводилась профилактика кровотечения окситоцином, согласно клиническому протоколу.

По объему кровопотери данные распределились следующим образом:

Рисунок 1



Кровопотеря не превысила 500 мл в 25 случаях (27,4%), 501мл - 1000 мл -50 случаев (54,9%), 1000 мл - 1500 мл -9 случаев (9,9%), 1500 - 2100 мл -7 случаев (7,7%).

В группе женщин с кровопотерей до 500 мл 27,5% (25 родильниц) после естественных родов у 20 пациенток (80%) кровотечение остановлено после ручного обследования полости матки. В 5 случаях (20%) во время экстренного кесарева сечения использована БТЖ. Согласно клиническим протоколам лечения гипотонических кровотечений баллонная тампонада проводится при кровопотере 500-1000 мл. БТЖ в этой группе родильниц была проведена в связи с высоким риском массивного акушерского кровотечения, профилактически, оказалась высокоэффективной: были предупреждены массивные кровотечения и их последствия.

Вторая группа родильниц с гипотоническими кровотечениями в объеме от 500 до 1000мл составила 50 женщин (54,9%). Роды через естественные родовые пути- 39 (78%), кесарево сечение (КС) -11(22%). Экстирпация матки-1 случай (2%) - без применения БТЖ. Гемостатические швы во время КС-1 (2%). Выскабливание полости матки после КС-1(2%). В этой группе женщин БТЖ выполнена в 10 (20%) случаях: 5 (50%) при операции кесарево сечение и 5 (50%) после естественных родов. Все случаи БТЖ эффективны.

Группа с кровопотерей от 1000 мл до 1500 мл составила 9,9% (9 родильниц). Роды через естественные родовые пути у 5 родильниц (55,5%), родоразрешение путем кесарева сечения в 4 случаях (44,5%), удаление матки - 2 (22,2%) случая - без применения БТЖ. Баллонная тампонада выполнена у 1 пациентки (11,1%), достигнут положительный эффект, сохранен детородный орган.

Группа родильниц с кровопотерей от 1500 мл до 2100 мл составила 7,7% (7 случаев). Роды через естественные родовые пути у 2 родильниц (28,5%), путем операции кесарево сечение у 5 (71,4%). Удаление матки в 2 случаях (28,5%) - без

применения БТЖ. Остановка кровотечения путем БТЖ с сохранением детородного органа -3 случая (42,8%).

При сравнительном анализе лечения гипотонических кровотечений в послеродовом периоде за 2009-2015 гг. БТЖ была применена в 19 случаях (21%).

Сравнительный анализ исхода родов при применении БТЖ приведен в таблице.

Таблица 2.

Оперативные вмешательства	Без БТЖ (n=72)	С БТЖ (n=19)
Выскабливание полости матки ерodовое	2	0
Гемостатические швы	1	0
Экстирпация	5	0
Катетеризация подключичной вены	2	0
Ранение мочевого пузыря	1	0
Геморрагический шок	6	0
Гемотрансфузия эритроцитарной массы	15	3

Эффективность современного консервативного метода остановки гипотонического кровотечения с использованием БТЖ составила 100%. В нашей работе есть положительный опыт применения БТЖ для консервативной остановки кровотечения объёмом свыше 2000 мл. БТЖ при длительном безводном периоде более 5 недель и даже при хорионамнионите препятствует развитию послеродовых воспалительных заболеваний, в том числе эндометрита.

Таким образом, исходы лечения акушерских гипотонических кровотечений с применением БТЖ значительно лучше исходов без её использования. Остановка акушерского гипотонического кровотечения с помощью БТЖ происходит на консервативном этапе, что позволяет значительно сократить оперативные вмешательства, избежать морально тяжелых операций удаления матки и их осложнений, ранение мочевого пузыря и мочеточников, сократить количество и объем гемотрансфузии. У женщин высокого риска (с предлежанием плаценты, аномалиями родовой деятельности, длительным безводным периодом, многоплодием, рубцовыми изменениями матки после предшествующих операций и др.) при кесаревом сечении БТЖ предотвращает массивные акушерские кровотечения, тем самым сохраняя им репродуктивную функцию. В результате удается сократить количество женщин «Near miss»-«едва не умерших». Соответственно, внедрение БТЖ является экономически выгодным для больницы.

Клинические случаи до внедрения БТЖ:

1.Пациентка Л., 33 года.

Диагноз: беременность 36-37 недель. ОАГА. Несостоятельный рубец на матке. Бихориальная биамниотическая двойня.

Женщине выполнено плановое кесарево сечение. В послеоперационном периоде возникло гипотоническое кровотечение, для остановки которого, наряду с

медикаментозной терапией, проведено инструментальное опорожнение полости матки от сгустков. Через 50 минут возник рецидив кровотечения и пациентка возвращена на операционный стол, произведена релапаротомия с экстирпацией матки. Операция осложнилась ранением мочевого пузыря. Кровопотеря составила 1800 мл. Проведена гемотрансфузия донорской крови.

2.Пациентка С., 20 лет, первобеременная, первородящая, роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, упорной слабостью родовой деятельности, в связи с чем было выполнено кесарево сечение. Извлечена девочка массой 4 165 граммов на 8\10 баллов по Апгар. Из протокола операции: «В ране матка атоничная, кровопотеря 1000 -1100 мл, кровотечение продолжается. Решено провести хирургический гемостаз, расширив объем операции до ампутации матки с трубами». Кровопотеря возмещена гемотрансфузией донорской крови.

Клинические случаи с применением БТЖ:

1. Пациентка А., 23 года, первобеременная, первородящая.

Диагноз: срочные роды, слабость родовой деятельности. Артериальная гипертензия.

Роды произошли через естественные родовые пути девочкой массой 3 856 граммов. После рождения ребенка в течение 15 минут признаки отделения последа отсутствовали. В связи с гипотонией матки проведено ручное выделение последа. После вхождения в матку обнаружена гипотония органа с отсутствием реакции на ручную стимуляцию и сокращающие средства. Кровопотеря составила 2 100 мл. Показан хирургический гемостаз. Немедленно выполнена БТЖ для уменьшения кровопотери при транспортировке пациентки в операционную. Кровотечение было остановлено сразу, после установления баллона в полость матки, лапаротомия не потребовалось.

2. Пациентка К., 35 лет, поступила в роддом с преждевременным разрывом плодных оболочек в 22 недели беременности и низкой плацентацией. Избрана консервативная тактика ведения, беременность пролонгировалась в течение 5 недель. В 27 недель возникла необходимость экстренного кесарева сечения (произошло выпадение пуповины). На кесаревом сечении извлечен плод мужского пола 1117 грамм, 5/7 баллов по шкале Апгар. После отделения последа отмечалась гипотония матки, повышенная кровоточивость в нижнем сегменте матки, где аномально была прикреплена плацента. Проведена БТЖ. Кровопотеря была минимальная, 400 мл. Кровотечений и гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде не возникло. Женщина была выписана домой в удовлетворительном состоянии через 7 суток после кесарева сечения.

3. Пациентка М.,31 год, с диагнозом: срочные четвертые оперативные роды в 40-41 неделю. 2 рубца на матке. Многорожавшая. Ожирение 2 степени. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Кровопотеря на операции 400 мл. Ранний послеоперационный период осложнился гипотоническим кровотечением. Составлен план ведения: инструментальное опорожнение полости

матки под внутривенным наркозом. При продолжающемся кровотечении решить вопрос о релапаротомии, хирургическом гемостазе, удалении тела матки. В асептических условиях из полости матки удалены сгустки крови в объеме 500 мл. Кровотечение продолжается. Проведена баллонная тампонада. Матка плотная. Кровотечения нет.

Литература:

1. В.Е. Радзинский, А.С. Оленев «Баллонная тампонада как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений»

2. Медицинский портал для врачей uMEDp [Электронный ресурс]: И.И. Кукарская /Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология/ №1 (11), 2014. Доступ в сети Интернет. – URL: http://umedp.ru/articles/ballonnaya_tamponada_zhukovskogo_v_profilaktike_i_lechenii_poslerodovykh_krovotecheniy.html (Дата обращения: 18.05.2016)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ПОДРОСТКОВ

Л. П. Шкитина,
врач акушер-гинеколог женской консультации

На современном этапе развития Российского государства демографическая ситуация диктует необходимость приоритетного внимания к состоянию здоровья детей и подростков, оказывающего непосредственное влияние на репродуктивный потенциал общества. Развитие демографического кризиса в России в значительной степени обусловлено состоянием репродуктивного здоровья женского населения и стремлением к воспроизводству здорового потомства.

Здоровье будущей матери, в том числе и репродуктивное, закладывается и формируется в детстве и пубертатном возрасте. В современных, сложных социально-экономических условиях растет уровень заболеваемости среди девочек-подростков. За последние годы общая заболеваемость выросла на 17,2% за счет болезней эндокринной системы, психических расстройств, новообразований и врожденных аномалий развития.

Проблема репродуктивного здоровья девушек – это, прежде всего, социальная проблема! В последние годы в отечественной и зарубежной научной медицинской литературе большое внимание уделяется изучению медико-социальных факторов, участвующих в формировании репродуктивного здоровья девочек как будущих матерей. При этом показано, что оно определяется множеством факторов социального характера: условиями и образом жизни, питанием, влиянием загрязненной окружающей среды, наследственностью, гигиенической культурой, репродуктивным поведением и целым рядом других факторов.

В настоящее время особое значение приобретает профилактика заболеваний репродуктивной системы подросткового периода. Поэтому представляется важным наблюдение за развитием полового созревания, предупреждением, прогнозированием, ранним выявлением и своевременной коррекцией возможных патологических состояний в становлении репродуктивной функции. Одной из важных задач подростковой гинекологии является изучение медико-социальных факторов, влияющих на формирование функциональных расстройств менструального цикла в пубертатном возрасте.

Основные проблемы сохранения репродуктивного потенциала могут решаться благодаря совершенствованию гинекологической помощи подросткам в амбулаторных условиях, разработке и внедрению системы комплексного подхода к раннему прогнозу, диагностике, лечению, диспансерному наблюдению и реабилитации гинекологических заболеваний.

Среди функциональных расстройств менструального цикла в подростковом возрасте наиболее часто встречается первичная дисменорея, профилактика и

лечение которой представляет значительные трудности. Изучение высокой распространенности дисменореи является важным аргументом в обосновании пристального изучения данной проблемы, которая занимает ведущее место в структуре гинекологических заболеваний подростков.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, **дисменорея** определяется как повторяющийся болевой синдром, обусловленный комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия, и подразделяется на: первичную дисменорею, которая предполагает отсутствие какой-либо органической патологии, как правило, возникает через 1-2 года после менархе со становлением овуляторных циклов.

Вторичная дисменорея является симптомом целого ряда заболеваний и состояний, таких как миома матки, эндометриоз, пороки развития матки и влагалища, опухоли придатков матки, воспалительные заболевания, варикозное расширение вен малого таза.

Все симптомы, сопровождающие болезненные менструации, можно условно разделить на:

1. Эмоционально-психические (раздражительность, депрессия, сонливость, рвота, булимия, непереносимость запахов, извращение вкуса)
2. Вегетативные (тошнота, отрыжка, икота, познабливание, ощущение жара, потливость, сухость во рту, вздутие живота)
3. Сосудистые (обмороки, головная боль, головокружение, тахи- или брадикардия, экстрасистолия, чувство онемения рук и ног, отеки век, лица)
4. Обменно-эндокринные (общая резкая слабость, ощущение «ватных» ног, зуд кожи, боли в суставах).

По степени тяжести дисменорея подразделяется на 3 степени:

- I степень – характеризуется умеренной болезненностью менструаций без системных симптомов, при которой работоспособность не нарушена и применение анальгетиков, как правило, не требуется.
- II степень – характеризуется выраженной болезненностью менструаций, сопровождающейся некоторыми обменно-эндокринными и нейровегетативными симптомами, нарушением работоспособности и необходимостью приема анальгетиков.
- III степень – характеризуется сильной болью во время менструации, комплексом обменно-эндокринных и нейровегетативных симптомов, полной утратой трудоспособности, прием анальгетиков мало эффективен.

Этиология первичной дисменореи изучена недостаточно. Полагают, что она обусловлена дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, корково-подкорковых взаимоотношений и сопровождается нарушением синтеза эстрогенов, прогестерона, нейротрансмиттеров и других биологически активных веществ. Существует несколько теорий ее возникновения, но все они, по-разному,

объединяя развитие первичной дисменореи, сходятся в одном: всегда в патологический процесс вовлечены женские половые гормоны – эстрогены и прогестерон. В результате нарушения функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы нарушается баланс эстрогенов и прогестерона, вследствие чего возникает абсолютная или относительная гиперэстрогения. Эстрогены стимулируют продукцию простагландинов, окситоцина и вазоактивных веществ. Повышение секреции и выброс в полость матки простагландинов во время менструации – наиболее убедительное объяснение повышенной патологической маточной активности, ее сокращений, приводящих к ишемии ткани, раздражению нервных окончаний, повышению их чувствительности и усиленному восприятию боли. Секреция простагландинов F2a и E2 находится под контролем фермента циклооксигеназы, активный синтез которой происходит в лютеиновую фазу цикла при участии определенного уровня как прогестерона, так и эстрогенов, в результате чего контролируется ее нормальное количество. При нарушении баланса эстрогенов и прогестерона, т.е. при относительном снижении концентрации прогестерона и увеличении эстрогенов, значительно стимулируется количественная секреция циклооксигеназы и выброс простагландинов, что в свою очередь приводит к спазму, ишемии, повышению внутриматочного давления, афферентной импульсации боли в гипоталамус. Повышение концентрации простагландинов может приводить к ишемии других органов и тканей, обуславливая такие клинические симптомы, как головная боль, тошнота, рвота, тахикардия, обмороки.

Молодые женщины, страдающие дисменореей с менархе, по характеру гормональных нарушений составляют группу риска в виде стойкого функционального бесплодия и гормонально-зависимых пролиферативных процессов в органах-мишенях. Первичная дисменорея - это наиболее частая причина отсутствия девочек в школе и молодых женщин на работе. Низкая информированность населения и недостаточная доступность медико-социальной помощи приводят к позднему обращению подростка к гинекологу и требуют новых организационных решений.

Как поставлена организация этой проблемы в нашем городе?

Ежегодно в составе врачебной комиссии производится осмотр и опрос девочек -подростков в возрасте 15,16,17 лет (охват 99,7%). При первичном осмотре выявляем девочек с нарушенной менструальной функцией (в частности, первичной дисменореей), предлагаем заполнить тест-опросник и с результатами приглашаем на прием, где выясняем степень тяжести и тип вегетативной иннервации дисменореи.

В этом году процент заболеваемости составил 17% от общего количества осмотренных (885 человек), при этом 13% (46 человек) в возрасте 15 лет, 18% (65 чел.) в возрасте 16 лет и 20,9% (40 чел.) в возрасте 17 лет, это говорит о том, что

первичная дисменорея возникает со становлением овуляторных менструальных циклов, т.е. в возрасте 16-17 лет.

По степени тяжести в указанных возрастах ситуация выглядит так: ***в возрасте 15 лет:*** I ст. наблюдается у 80,6% (37чел.), II ст. – 17,3% (8), III ст. – 2,1% (1). ***В возрасте 16 лет:*** I ст. - 77%(50чел), II ст. - 18,4%(12), III ст. – 4,6%(3). ***В возрасте 17 лет:*** I ст. – 67,5%(27), II ст. – 22,5%(9), III ст. – 10%(4).

Из этого следует, что без своевременного выявления и соответствующего лечения с годами степень тяжести дисменореи увеличивается, при этом страдает качество жизни и дальнейшая репродуктивная функция девочек.

Учитывая важность данной проблемы, проведено много исследований, посвященных изучению первичной дисменореи у подростков. В одном из таких исследований была определена зависимость гормонального фона с типом реагирования вегетативной нервной системы (ВНС), т.к. тяжесть дисменореи обусловлена не только выраженностью самой боли, но и особенностями уровня эмоционального восприятия, что в свою очередь и определило обоснованное патогенетическое лечение.

При определении уровня стероидных гормонов и сопоставление полученных данных со степенью тяжести дисменореи, а также типом реагирования ВНС результаты оказались следующими:

- I тип - пациентки с легкой степенью дисменореи: стероидный профиль характеризовался нормальным соотношением эстрадиола и прогестерона и преобладал смешанный вариант вегетативного обеспечения антиноцицептивной системы, для которого характерны такие симптомы, как неуверенность в себе, рассеянность внимания, и нет четкой связи с менструальным циклом, т. е жалобы появляются хаотично, но могут усиливаться в дни самой менструации.
- II тип - пациентки с дисменореей средней степени тяжести, у которых чаще наблюдалась нормальная продукция эстрадиола, которая не компенсировалась соответствующим влиянием прогестерона, при этом преобладал симпатический тип иннервации, среди симптомов психоэмоциональной сферы чаще отмечались раздражительность и агрессия, которые появлялись преимущественно накануне менструации и в меньшей степени в первые три дня от ее начала.
- III тип – больные с тяжелой степенью дисменореи, имеющие нарушенное соотношение эстрадиола и прогестерона в сторону еще большего уменьшения прогестерона, на фоне нормального, либо избыточного уровня эстрадиола, и присутствие парасимпатического влияния ВНС, жалобы появлялись за 3-5 дней до начала менструации и продолжались в первые 2-3 дня, среди которых чаще отмечались плаксивость и депрессия.

Успех лечения первичной дисменореи обеспечивается его комплексностью и тщательным подбором средств медикаментозного и немедикаментозного воздействия с учетом личностных особенностей пациентки и приоритетных механизмов развития боли в каждом конкретном случае.

Данные проведенного исследования показали, что в качестве базовой терапии дисменореи можно выбрать комбинированное назначение антиоксидантов и препаратов, содержащих соли магния. Доказано, что витамин Е наряду с уменьшением интенсивности перекисного окисления ненасыщенных жирных кислот, из которых образуются простагландины, участвует в процессе мобилизации эндорфинов из гипоталамо-гипофизарных структур. Назначение солей магния оправдано в лечении дисменореи, т.к. магний тормозит развитие процессов возбуждения в ЦНС и снижает чувствительность организма к внешним раздражителям, а в комплексе с пиридоксина гидрохлоридом эффект достигается быстрее, за счет того, что витамин В6 обеспечивает лучшее усвоение в кишечном тракте, лучшее проникновение и удержание магния внутри клетки. Поэтому пациенткам с легкой степенью тяжести дисменореи, смешанным типом вегетативной иннервации и нормальным соотношением половых гормонов, достаточно наряду с антиоксидантами и солями магния использовать НПВП, которые снижают содержание простагландинов, являющихся модуляторами болевой чувствительности.

У пациенток, имеющих недостаточность лютеиновой фазы при нормальном уровне эстрадиола и клиническими признаками ваготонии, будет оправдано назначение дидрогестерона с 16 по 25-й день менструального цикла в дозе 20мг/сут, который нормализует уровень прогестерона, что в свою очередь улучшит свойства эндометрия, ликвидирует спастическую готовность миометрия и миофибрилл сосудистых стенок, нормализует местный иммунитет и тем самым предотвратит избыточное перевозбуждение симпатических вегетативных структур, характерного для данного типа больных.

Пациенткам, имеющим тяжелую форму дисменореи, на фоне избыточного уровня эстрадиола с преобладанием симптомов перераздражения парасимпатического тонуса ВНС, препаратом выбора может быть монофазный КОК с минимальным содержанием эстрадиола и активным прогестероном, который снизит избыточную активность яичников и сбалансирует простагландинзависимые реакции в организме девочек с дисменореей накануне и в дни менструации, а также добавит дополнительный контрацептивный эффект.

Основной ошибкой при ведении пациенток с данной патологией является длительное лечение с применением обезболивающих средств и отсутствием эффекта от назначенной терапии. Важно отметить, что длительно применяемая девушками различная симптоматическая, а не патогенетически обоснованная терапия может привести к более тяжелому течению дисменореи и к стойкому психологическому дискомфорту.

Значительное внимание при планировании лечения следует уделять:

1. Рациональному режиму труда и отдыха.
2. Сбалансированному питанию, с преимущественным употреблением овощей, фруктов и продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты.

3. Занятия физической культурой (гимнастика, плавание).

4. Методики, направленные на нормализацию функции ЦНС (рефлексотерапия, легкие седативные препараты).

Заключение: сочетание гормональных, нейровегетативных, обменных, психических и эмоциональных расстройств в генезе дисменореи требуют поиска комплексного и более дифференцированного подхода к терапии этого заболевания. Лечение должно быть индивидуально подобрано для каждой конкретной пациентки и сочетать все имеющиеся возможности медикаментозного и немедикаментозного воздействия, с учетом характера повседневной жизни пациентки, гормональным фоном, типом вегетативной иннервации. **Более ранняя диагностика дает наиболее быстрое и качественное лечение, к чему мы и будем стремиться в нашей работе!**

Список литературы:

1. В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, Т. В. Овсянникова. Гинекологическая эндокринология – М.: МЕДпресс-информ, 2015.
2. Е. В. Радзинский Женская консультация. Руководство для врачей. М.: - 2014.
3. Е. А. Богданова Дисменорея у подростков. Вопросы диагностики и терапии – М: «Мать и дитя», 2000.
4. В. Н. Прилепская, Е. А. Межевитинова Дисменорея: алгоритм лечения – Гинекология, 2006.
5. Ю. А. Гуркин Гинекология подростков. Руководство для врачей. Спб -2000.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОГО СЕКТОРА РЫНКА ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ

О.А. Яскова, *врач-эпидемиолог эпидемиологического отдела*

Приоритетным направлением деятельности медицинских учреждений в современных условиях должно стать обеспечение эпидемиологической безопасности пациентов и персонала. С этой целью разрабатывается комплекс профилактических мероприятий, включающий использование химических средств дезинфекции и стерилизации. В настоящее время рынок насыщен большим количеством дезинфицирующих средств (ДС) различных производителей. При этом медицинские организации должны максимально эффективно использовать имеющиеся финансовые ресурсы.

Цель работы – изучение ассортимента и объема дезинфицирующих средств в МБУЗ ЦГБ г. Междуреченска в 2012-2015 гг.

Материалы и методы

Изучение проводилось на основании годовых отчетов госпитальных эпидемиологов, журналов выдачи ДС в подразделения МБУЗ ЦГБ. Достоверность результатов определялась с использованием методов статистической обработки данных.

Результаты исследования

За период 2012-2015 гг. объем израсходованных ДС равен 18588 кг (л), в среднем за год - 4639,5± 700,5 кг (л). Более 90% препаратов были произведены в РФ.

При анализе ассортимента ДС установлено, что в подразделениях ЦГБ используются препараты 7 групп химических соединений: ЧАС, альдегиды, спиртсодержащие, кислородактивные, хлорсодержащие, амины, производные гуанидина (ПГМГ). Фенолсодержащие ДС не закупаются.

Наибольшая доля в структуре ДС принадлежит спиртсодержащим средствам, используемым в качестве кожных антисептиков (АС) и для экспресс-обработки небольших по площади поверхностей – 35,4±2,3%. Основой

используемых АС является изопропиловый спирт. Доля препаратов с содержанием спирта менее 60% составила в 2012 г. - 35,3%, в 2013 г. – 53%. Все закупленные в 2014-2015 гг. АС имели высокое содержание спирта в своем составе.

Среди ДС, используемых для дезинфекции объектов больничной среды, обезвреживания медицинских отходов, лидером являются хлорсодержащие препараты. Удельный вес этой группы - 25,6±1%. Хлорактивные ДС представлены органическими соединениями, при этом половина из них – препараты дихлоризоциануровой кислоты.

Группа ДС на основе ЧАС, включая композиции ЧАС и ПГМГ, в общей структуре закупок составляет 16,6±2,6% , кислородсодержащие – 10,7±1,5%, препараты на основе аминов – 10±0,5%. Наименьшее количество – 1,7±1% - у альдегидов, которые используются исключительно для проведения ДВУ и стерилизации эндоскопической аппаратуры.

В многолетней динамике отмечается снижение в структуре приобретаемых ДС удельного веса альдегидов и увеличение доли кислородактивных препаратов за счет ротации дезинфектантов для обработки эндоскопической аппаратуры. Небольшое снижение доли спиртсодержащих препаратов и увеличение доли ДС на основе ЧАС и хлора обусловлено отказом от спреев с изопропиловым спиртом для обработки поверхностей.

Выводы

В условиях ограничения финансирования перед специалистами стоит нелегкая задача выбора эффективных ДС с высокой антимикробной активностью, экономически выгодных, с минимальной долей вредного воздействия на медицинский персонал.

Список литературы:

1. Н.И. Брико, Е.Б. Брусина, Л.П. Зуева и др. Эпидемиологическая безопасность – важнейшая составляющая обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора, 2014 № 3 С. 27-32
2. А.С.Благонравова, О.В.Ковалишена, Н.В.Саперкин. Маркетинговое исследование госпитального сегмента регионального рынка средств дезинфекции в медицинских учреждениях. Медицинский альманах, 2011 №4 С. 143-145
3. Исследования рынка дезсредств.www. DEZREESTR.RU

Оглавление

1. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ШАХТ И РАЗРЕЗОВ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ЗА 2013-2015 ГОДЫ /М.А. Андреянова, А.Л. Ханин/ 2
2. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ / Н.В.Бехтенева/....9
3. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКА ТЕПЛОВОГО ШОКА HSPB1 ПРИ НЕАМПЛИФИЦИРОВАННОЙ ГИПЕРЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА HER2 В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ /М.В.Богатюк, Е.В.Кайгородова/ 15
4. «НЕ ОТКЛАДЫВАЙ НА ЗАВТРА ВАКЦИНАЦИЮ, КОТОРАЯ МОГЛА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА СЕГОДНЯ» /Л.А.Гербушева/ 19
5. О РАБОТЕ ШКОЛЫ ПО ОТКАЗУ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ МЕЖДУРЕЧЕНСКА /Г.И. Иванова/ 26
6. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АКНЕ /Н.И.Кирищенко, Е.Н. Мусихина/....29
7. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДОНОРОВ КРОВИ НА БАЗЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ МБУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» Г.МЕЖДУРЕЧЕНСКА /Е.В.Ковригина, А.Д.Кияшко/ 33
8. СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У РОДИЛЬНИЦЫ, С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПОЛНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ / С.В.Кожан, Ф.В.Швец/....39
9. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ДЕТЯМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА, В Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКЕ /И.В.Ложкина/ 44
10. АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «СИНДРОМЕ ОСТРОЙ МОШОНКИ» У ДЕТЕЙ /Е.Д.Лубган/ ...50
11. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ / Г.Н.Матвеева/ 53
12. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГО-РЕПРОДУКТИВНОГО ДИССОНАНСА /Л.С.Салюк, М.В.Незавитина/ 59
13. ВНЕДРЕНИЕ НА УЧАСТКЕ ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ – НОВОГО СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ /Г.В.Окуличева/ 63
14. ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ /И.И.Полянская, О.М.Новикова, Л.А.Пшеничная/....70
15. СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА / Т.А.Рыжова,Н.А.Бичан/……75
16. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ /С.В.Сергиенко/....84
17. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРОВ ПЛЕЧА В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА /Ю.А.Сисин/....88
18. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ МЕЖДУРЕЧЕНСКА ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ /Т.А.Файзрахманова, А.А.Перлухина, Л.А.Пшеничная/ 93
19. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ /А.И.Харута/....98
20. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ МАТКИ / Т.Н.Шатохина/....102
21. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ПОДРОСТКОВ /Л.П.Шкитина/ 108
22. АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОГО СЕКТОРА РЫНКА ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ /О.А.Яскова/ 114

Тираж 40 экз. Сборник к печати подготовили: редактор-составитель О.А. Сорокина, допечатная подготовка Л.А. Худик, верстка и дизайн Н.Н. Скрябина.