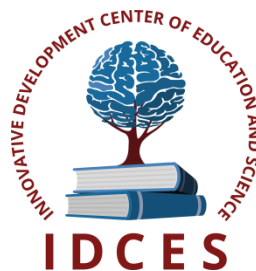


ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАКОЛОГИИ**

Выпуск II

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(10 августа 2015г.)**

**г. Ростов-на-Дону
2015 г.**

УДК 61(06)
ББК 5я43

Информационные технологии в медицине и фармакологии / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 2. г. Ростов-на-Дону, 2015. 81 с.

Редакционная коллегия:

к.м.н. Апухтин А.Ф. (г.Волгоград), д.м.н. Анищенко В.В. (г.Новосибирск), д.м.н., профессор Базин В.А. (г.Ростов-на-Дону), д.м.н., профессор Белов В.В. (г.Челябинск), д.м.н., профессор Быков А.В. (г.Волгоград), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г.Владивосток), д.м.н., профессор Грек О.Р. (г.Новосибирск), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г.Волгоград), д.м.н., профессор Даниленко В.И. (г.Воронеж), д.м.н., профессор, академик РАЕН, академик МАНЭБ Долгинцев В.И. (г.Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г.Челябинск), д.м.н. Захарова Н.Б. (г.Саратов), д.м.н., доцент Изможерова Н.В. (г.Екатеринбург), д.м.н., доцент Ильичева О.Е. (г.Челябинск), д.м.н., профессор Карпищенко С.А. (г.Санкт-Петербург), д.м.н., профессор Колокольцев М.М. (г.Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г.Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г.Волгоград), д.м.н., член-корреспондент РАЕ Лазарева Н.В. (г.Самара), д.м.н., доцент Малахова Ж.Л. (г.Екатеринбург), д.м.н., профессор Нартайлаков М.А. (г.Уфа), д.м.н., профессор Расулов М.М. (г.Москва), д.м.н., профессор Смоленская О.Г. (г.Екатеринбург), д.м.н., доцент Тотчиев Г.Ф. (г.Москва), к.м.н., доцент Турдыева Ш.Т. (г.Ташкент), д.м.н., профессор Тюков Ю.А. (г.Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г.Архангельск), д.м.н. Шибанова Н.Ю. (г.Кемерово), д.м.н., профессор Юлдашев В.Л. (г.Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Информационные технологии в медицине и фармакологии», (г. Ростов-на-Дону) представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

Сборник включен в национальную информационно-аналитическую систему "Российский индекс научного цитирования" (РИНЦ).

© ИЦРОН, 2015г.
© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01).....	7
ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ	
Хакимов Ф.М., Медведева М.А., Воронкова Н.В.	7
СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ	
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ	
Садовниченко Е.А., Сандакова Е.А., Четвертных Л.А.	10
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С	
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА	
Бадретдинова Ф.Ф., Трубина Т.Б., Додонов А.Н., Михайлова Г.Н.	13
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01).....	15
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	16
«НАШ» ПРОТОКОЛ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ	
Дударев И.В., Зельгин П.Н., Марчевский В.В.	16
НЕЙРООКСИАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ	
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА БЕДРЕ И ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ	
Дударев И.В., Попов Р.В., Трофимович С.Л., Скобло М.Л., Чекмезова Т.Г., Шаршукова Н.С.	20
ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ	
ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Дударев И.В., Сизякин Д.В., Новиков В.А., Сулима Н.Н., Семенищева О.В.	22
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03).....	23
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА,	
КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11).....	23
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04).....	23
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	24
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21).....	24
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	24
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	24
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	24
СЕКЦИЯ №12.	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	24
СЕКЦИЯ №13.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	24
ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ	
Иванова О.Н.	24
СЕКЦИЯ №14.	
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	25

СЕКЦИЯ №15.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09).....	26
СЕКЦИЯ №16.	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00).....	26
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Костюкова Н.Е.	26
СЕКЦИЯ №17.	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	27
СЕКЦИЯ №18.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13).....	27
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВАХ (УЗМДУ)	
Леонов Д.В., Фин В.А.....	27
СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	
Верзакова О.В., Верзакова И.В.	28
СЕКЦИЯ №19.	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	31
СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	31
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....	32
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ У РАБОТАЮЩИХ	
Баттакова Ш.Б., Аманбеков У.А., Ибраева Л.К., Фазылова М-Д.А.	32
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	34
СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)	34
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11).....	34
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ МИАСТЕНИИ	
Дударев И.В., Гончарова З.А., Милованова О.В.....	34
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29).....	37
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03).....	37
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ	
Яшин А.А., Сивохина О.А., Леванов В.М., Гриб М.Н.	37
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ИНФОРМАЦИОННО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Дударев И.В., Варданян Н.Б.	40
ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ	
Манакина Е.С., Медведева О.В.	43

СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)	46
THE METHOD OF THERAPEUTIC INTERVENTION ON PATHOLOGICAL PROCESSES IN ORGANISM Berezin A., Biktimirov M., Shcherbakov A.	46
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ Егорова А.Г., Орлов А.Е.	50
РОФЭС ДИАГНОСТИКА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ Талалаева Г.В.	53
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	56
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	56
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	56
СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	56
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)	56
УРОВЕНЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ. ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА Багаева М.Р., Бурч Е.Е.	56
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	59
СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)	59
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	59
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	59
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	59
ДИСБАКТЕРИОЗ ПОЛОСТИ РТА И ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ И БОЛЕЗНИ ШЁГРЕНА Селифанова Е.И., Симонова М.В.	59
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛОССАЛГИИ И СТОМАЛГИИ Тиунова Н.В.	62
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	63
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	63
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	63
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА МБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 ИМ. Н.А. СЕМАШКО ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ» Сизякин Д.В., Дударев И.В., Забродин М.А.	63
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	66

СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	66
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16).....	66
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17).....	66
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ	
Журавлев И.А., Хасанов А.Г., Галлямов А.Х., Гумерова Г.Т., Бадретдинов А.Ф.	66
ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫЕ И РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ В ЛЕЧЕНИИ	
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	
Ильченко Ф.Н., Аблаев Э.Э.	68
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	71
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	71
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08).....	71
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	71
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	71
ОЦЕНКА КОНКУРЕНТНОСПОСОБНОСТИ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Алексеева О.О., Кузьмина А.А., Ямщикова С.И., Малогулова И.Ш., Бушкова Э.А.	71
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01).....	76
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	76
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02).....	76
ИЗУЧЕНИЕ ТРИТЕРПЕНОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ ГЕРАНИ БОЛОТНОЙ (GERANIUM PALUSTRE L.)	
Позднякова Т.А., Бубенчиков Р.А.	76
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	78
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2015 ГОД	79

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Хакимов Ф.М., Медведева М.А., Воронкова Н.В.

Центральная городская больница, г.Кумертау РБ
Филиал «МГУТУ им. К.Г. Разумовского (ПКУ)», г.Мелеузе (РБ)

Влагалище и шейка матки с присущей им микрофлорой образуют единую экосистему. Понятие нормы для экосистемы влагалища может быть различным для разных возрастных, этнических групп и даже географических зон. На состав микрофлоры влагалища, как качественный, так и количественный, могут оказывать влияние национальные особенности туалета половых органов, степень половой активности, различные методы контрацепции, соматическое состояние. В связи с этим возможны различные варианты нормального микробиоценоза влагалища. Влагалищная микрофлора строго индивидуальна для каждой женщины и подвергается изменениям в различные периоды жизни, фазы менструального цикла; зависит от ее гормонального гомеостаза. При этом параллельно меняется количественный и качественный состав эпителия шейки матки [2, С. 42].

В целом, микрофлора женских половых органов, это три взаимосвязанных микроучастка, которые собственно и составляют флору половых путей. Это плоский вагинальный эпителий (влагалище), цилиндрический эпителий шейки матки и область цервикальных желез. Надо отметить, что в течение всей жизни половые пути населяет примерно одинаковый состав видов живущих там организмов. Однако для каждого участка характерен свой набор «поселенцев», в силу того, что эти органы отвечают за разные физиологические функции женского организма [1, С. 20].

Микрофлора здоровых женских половых органов в основном заселена полезными микроорганизмами, 90 % из которых составляют лактобактерии. В процессе своей жизнедеятельности, они производят молочную кислоту и перекись водорода. Кислая среда несовместима с существованием болезнетворных бактерий, а перекись водорода обладает сильным антибактерицидным действием. Лактобацилы защищают влагалище от проникновения и размножения в нем патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

На слизистых оболочках вагины живет и ряд бифидумбактерий, а также небольшое количество других микробов, находящихся в тесном союзе друг с другом. Они составляют около 10% всего ее содержимого.

Меньше чем на 1% во влагалище присутствуют условно-патогенные микроорганизмы, к которым относятся бактерии, вирусы и грибки, например микоплазмы, уреплазмы, грибы рода кандиды, трихомонады, стафилококки, стрептококки, гарднерелла и многие другие. В здоровой среде половых органов они живут лишь только в мизерных количествах. Но под воздействием определенных факторов они начинают расти и размножаться, нарушая микрофлору и приводя к развитию воспалительных процессов [5, С. 18].

Воспалительные процессы внутренних половых органов находятся в первой тройке в структуре гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. В связи с этим, правильно выбранный метод лечения позволяет предупредить развитие частых рецидивов, нарушений менструальной, репродуктивной и половой функций женщин.

Среди не медикаментозных методов лечения, озонотерапия заслуженно получает все большее распространение во всем мире. Это связано со свойствами озона оказывать влияние на транспортировку и высвобождение кислорода в ткани, его дезинфицирующим действием. В России озонотерапия применяется с 70-х годов XX века.

В зависимости от концентрации и способов введения озона различают следующие эффекты, оказываемые озонотерапией на организм:

- бактерицидный: озон убивает практически все виды грибов, бактерий, вирусов и простейших;
- противовоспалительный эффект;
- повышает общий иммунитет;
- обезболивающий эффект;
- дезинтоксикационный эффект;

- активация кислородозависимых процессов (введение даже очень низких доз озона сопровождается повышением содержания в крови свободного и растворенного кислорода);

- гемостатический эффект [4, С. 8].

Общими противопоказаниями к озонотерапии являются: состояние гипокоагуляции; инфаркт миокарда (острая фаза); острый алкогольный психоз; судорожный синдром; острый панкреатит; тиреотоксикоз; индивидуальная непереносимость.

В акушерской практике абсолютным противопоказанием к озонотерапии является кровотечение любой интенсивности, что объясняется тромболитическим действием озона. При наличии кровомазания у гинекологических больных, требующих назначения озонотерапии, лечение следует проводить под контролем системы гемостаза. Менструальное кровотечение не является поводом для отмены озонотерапии (возможно незначительное удлинение менструации и некоторое увеличение общей кровопотери) [3, С. 16].

Вместе с тем, применение медицинского озона в практической гинекологии является актуальным, так как основные патологические состояния имеют в своем патогенезе предпосылки для успешной реализации всех лечебных эффектов озона.

Бактериальная коррекция с помощью озонотерапии проводилась у 90 пациенток. Озонотерапия проводилась в виде влагалищных аппликаций озонированным оливковым маслом. Лечение проводилось в течение 10 дней. Через двое суток после завершения применения препарата, повторялось бактериологическое исследование, которое выявило значительные позитивные изменения в качественном и количественном составе микроорганизмов, присутствующих во влагалище у обследуемого контингента больных.

До лечения расширенное микробиологическое исследование микрофлоры влагалища показало резкое снижение частоты выделения основных представителей микробиоценоза влагалища – лактобактерий и бифидобактерий. Так, у больных обследуемых групп лактобактерии были обнаружены лишь у 70 (64,4%) женщин, причем у 59 (49,2%) – количественный уровень был снижен (ниже 10^4 мк/м), у 50 (35,4%) пациенток лактобактерии вообще не высевались. Наряду с представителями нормального биоценоза были обнаружены и представители условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, преимущественно в ассоциациях от 2 до 4 видов. Выявленные нарушения микроэкологии влагалища, отразились на степени чистоты вагинального секрета: у 20 (14,2%) пациенток была обнаружена II степень чистоты влагалища, у 82 (65,7%) – III степень чистоты и у 18 (15%) – IV степень чистоты. Обнаружена высокая обсемененность вагинального и шеечного содержимого стафилококками. Они обнаружены у 65,7% обследованных женщин. Стрептококки выделялись у 28,3%; энтеробактерии у 38,8%. Грибы рода *Candida* были обнаружены у 12% больных.

Результаты проведенной коррекции биоценоза влагалища озонированным оливковым маслом показывали, что при применении данного препарата положительный клинический эффект достигался в 89,2-90,0% случаев. Это проявилось нормализацией степени чистоты, значительным уменьшением pH влагалищной среды, а также объективным и субъективным улучшением состояния больных, которое характеризовалось стиханием симптомов бактериального цервицита и вагиноза и подтверждалось кольпоскопическими данными. На фоне клинического эффекта происходили положительные сдвиги в микробном статусе влагалища, о чем свидетельствуют данные микробиологического исследования.

Таблица 1

Динамика бактериальной обсемененности влагалища

Степень обсемененности КОМ/мл	До лечения				P1	На 10 сутки лечения				P2
	Основная группа n = 60		Контрольная группа n = 30			Основная группа n = 60		Контрольная группа n = 30		
	Абс	%	Абс	%		Абс	%	Абс	%	
Низкая (0-9x10 ³)	18	30	9	30	>0,05	60	100	20	63,6	<0,05
Средняя (10 ³ -9x10 ⁴)	22	36,6	12	40	>0,05	0	0	5	18,2	<0,05
Высокая (10 ⁵ и более)	20	33,3	9	30	>0,05	0	0	5	18,2	<0,05

Применение на первом этапе озонотерапии было направлено на подавление условно-патогенной микрофлоры и восстановление биоценоза влагалища. На фоне озонотерапии отмечалось повышение удельного веса и общего содержания молочно-кислых бактерий, что способствовало вытеснению и заметному снижению условно-патогенной микрофлоры. Стрептококки высевались после лечения у 13,3% больных, уменьшение высеваемости стафилококками до 26,6%, при этом отмечалась полная элиминация золотистого стафилококка,

видовой состав был представлен только эпидермальным. Перечисленные микроорганизмы были выделены в низких концентрациях (ниже 10^4 - 10^5 мк/мл) и не вызывали клинических проявлений.

При бактериологическом обследовании больных, которым проводилась традиционная предоперационная подготовка, обнаружено снижение частоты выделения условно-патогенной флоры. Однако параллельно с этим определяется низкий уровень представителей нормальной микрофлоры влагалища лактобацилл, частота выделения которых мало изменилась по сравнению с исходной: 53,3% до лечения и 60,0% - после санации. Причем у 13 (48,6%) пациенток они высевались ниже 10^4 - 10^5 мк/мл. Эпидермальный стафилококк высевался у 26,6% пациенток, стрептококк у 16,6%, грибы рода *Candida* у 10,0%. Все это говорит о недостаточном эффекте предоперационной санации влагалища у этих пациенток.

Последствием уменьшения или отсутствия физиологических лактобацилл явилось недостаточное количество молочной кислоты и повышение pH влагалищной среды у обследованных женщин. После проведения коррекции биоценоза влагалища озонотерапией мы наблюдали сдвиг pH влагалищного содержимого в кислую сторону. Среднее значение pH среды влагалищного содержимого у женщин до коррекции биоценоза влагалища составляла $7,27 \pm 0,26$ и имела колебания от 5 до 9. Применение бактериальной коррекции путем озонотерапии позволило снизить pH до $4,86 \pm 0,21$ (при $P < 0,001$). Динамика pH у пациенток сравниваемых групп представлена в Табл.2.

Таблица 2

pH среды влагалищного содержимого у женщин с посттравматической деформацией шейки матки в процессе лечения

Группы больных	pH до санации влагалища	pH после санации влагалища	pH через 1 мес. После хирург. лечения	pH через 3 мес. После хирург. лечения	Критерий достоверности P
I группа	$7,27 \pm 0,26$	$4,56 \pm 0,12$	$4,71 \pm 0,19$	$4,86 \pm 0,21$	P1-2<0,05 P1-3<0,05 P1-4<0,05 P2-4>0,05
II группа	$7,11 \pm 0,23$	$4,46 \pm 0,12$	$4,53 \pm 0,17$	$4,71 \pm 0,18$	P1-2<0,05 P1-3<0,05 P1-4<0,05 P2-4>0,05
III группа	$7,26 \pm 0,26$	$7,20 \pm 0,23$	$7,23 \pm 0,23$	$7,29 \pm 0,25$	P1-2>0,05 P1-3>0,05

Сдвиг pH среды влагалищного содержимого в кислую сторону, вызвал изменение степени чистоты влагалища. Так, у больных данной группы после коррекции биоценоза II степень чистоты была выявлена у 28 (93,9%) женщин. У 2 (6,1%) больных, где были обнаружены грибы рода *Candida*, сдвига в кислую среду отмечено не было ($pH=5,5 \pm 0,12$). Этим больным был назначен повторный курс биокоррекции влагалища озонированным оливковым маслом, после чего произошло снижение pH до $4,45 \pm 0,13$ и определена II степень чистоты влагалища.

Эффективность коррекции вагинальной флоры у больных с посттравматической деформацией шейки матки при помощи озонотерапии, после различных методов хирургического лечения представлена в следующей таблице.

Таблица 3

Критерии эффективности в динамике лечения

Клинические симптомы	Эффективность лечения		
	Сразу после лечения	Через 1 мес. после комбинированного лечения	После диатермоэлектроэкзциации (конизации)
Субъективное улучшение	88,6%	86,0%	78,2%
Отсутствие объективных признаков вагинита	94,0%	89,8%	82,6%
Бели (отсутствие или в мин. степени)	87,6%	86,4%	82,6%
pH влагалищной среды (M±m)	$4,56 \pm 0,12$ p<0,05	$4,71 \pm 0,19$ p<0,05	$4,86 \pm 0,12$ p<0,05

С результатами бактериологических исследований коррелировали и клинические данные. Обращает на себя внимание отсутствие объективных симптомов вагинита и цервицита в 93,3% случаев, у 2 (6,1%) обнаружен кандидоз влагалища. Наблюдение за динамикой микробного статуса влагалища через месяц после хирургического лечения показало устойчивость достигнутого эубиотического состояния среды: сохранялось ведущее положение лактобактерий, которые выделялись по-прежнему в высоких концентрациях, частота выделения и количественный уровень условно-патогенных микроорганизмов практически не вырос.

Таким образом, озонированное оливковое масло обеспечивает быструю и выраженную коррекцию дисбиотических нарушений вагинальной микрофлоры. Применение озона в виде раствора оливкового масла было рациональным и удобным способом введения [6, С. 68]. Озон, вводимый вагинально, оказывает благотворное действие на параметры биоценоза влагалища в сочетании с выраженным saniрующим эффектом, является эффективным методом лечения бактериального вагиноза и воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов у женщин, имеет очевидное преимущество перед традиционным лечением.

Список литературы

1. Календжян А.С. Особенности биоценоза влагалища после различных методов деструкции шейки матки /Дисс...к.мед.н. – М., 2011. 100 с.
2. Костава М.Н. Микробиоценоз влагалища и состояние эпителия шейки матки // Гинекология. 2008. № 6. С. 42-44.
3. Медицинский озон в лечении акушерско-гинекологической патологии: Пособие для врачей /Сост. В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.М. Абубакирова и др. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2001. 22 с.
4. Основные принципы и тактика озонотерапии. Пособие для врачей /Сост. Миненков А.А., Филимонов Р.М., Покровский В.И. и др. – М.: Издательство ПАИМС, 2001. 40 с.
5. Перламутров Ю.Н. Оптимизация терапии бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // Доктор.Ру. 2011. № 9 (68). С. 18-21.
6. Хакимов Ф.М. Оптимизация методов лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки при гипертрофии и посттравматической деформации /Дисс...к.мед.н. – Уфа, 2005. 127 с.

СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Садовниченко Е.А., Сандакова Е.А., Четвертных Л.А.

ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера МЗ РФ, г.Пермь

В структуре инфекционной патологии острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место и представляют собой группу клинически и морфологически сходных воспалительных заболеваний системы дыхания (Мирчинк Е.П., Зуев В.А., 1992). Несмотря на значительное этиологическое разнообразие ОРВИ, наиболее известным среди пневмотропных вирусов является вирус гриппа. Эволюционный механизм уникальной приспособляемости этого возбудителя детерминирован видовой изменчивостью его поверхностных антигенов. Возникающие точечные мутации в геноме высококонтагиозного экзопатогена неизбежно влияют на показатели заболеваемости населения, способствуют интенсификации эпидемического процесса (Yewdell J., Garcia-Sastre A., 2002). Особую группу риска по осложненному течению гриппозной инфекции составляют беременные женщины. Принято считать, что потенциал репродукции вирусов гриппа увеличивается пропорционально возрастанию срока гестации (Белокриницкая Т.Е., Трубицына А.Ю., Мурикова Е.А., 2011), а тенденция к генерализации инфекционного процесса приводит к специфическим изменениям в организме плода.

К настоящему времени накоплена доказательная база неблагоприятного влияния ОРВИ на развивающуюся беременность и состояние новорожденного. В сравнительном аспекте преждевременные роды у беременных, переболевших гриппом, бывают в 3 раза чаще и в 5 раз у них выше перинатальная смертность. При этом показатель летальности среди таких пациенток в III триместре беременности достигает почти 17% (Киселев О.И., 2014).

С целью изучения структуры ОРВИ у беременных и особенностей их течения в зависимости от срока гестации были поставлены следующие задачи:

1. Дать эпидемиологическую оценку частоты и структуры респираторных инфекций у беременных.
2. Выявить особенности клинического течения гриппа и ОРВИ у беременных в зависимости от этиологии возбудителя и срока гестации.
3. Установить характер акушерских осложнений у беременных в зависимости от структуры респираторных инфекций.

Работа выполнена на основе ретроспективного анализа истории болезни 185 пациенток, госпитализированных в специализированное инфекционное отделение МУЗ «МСЧ №1» в 2009 году с диагнозом «вирусная инфекция дыхательных путей». Медиана возраста на момент заболевания составила 24 года (от 16 до 41 года).

Особенности течения гриппа и ОРВИ у беременных изучали на основании данных общеклинических обследований, анализа результатов серологического скрининга (реакция торможения гемагглютинации), молекулярно-генетического метода (РНК Influenza virus A), а также вспомогательного – рентгенологического исследования. Показанием к использованию последнего были случаи средней и тяжелой степени тяжести заболевания у беременных.

Было установлено, что в структуре острых респираторных инфекций дыхательных путей из числа 185 обследуемых беременных у 108 доминировали ОРВИ (58%). В то же время «свиной» грипп (А/Н1N1) в период эпидемии 2009 года по количеству выявленных случаев превысил показатели «сезонных» сероваров А/Н1N1 и А/Н3N2 (34 случая, против 23 и 20 соответственно).

При анализе особенностей клинического течения ОРВИ и гриппа типа А было выявлено, что независимо от этиологии в структуре с вариацией точечных мутаций в геноме, преобладали заболевания средней степени тяжести (Рисунок 1). Суммарный же относительный показатель среднетяжелых форм при этом достигал 70,3% (130 чел.). Тяжелое клиническое состояние регистрировали в 10,3% случаев (19 чел.).

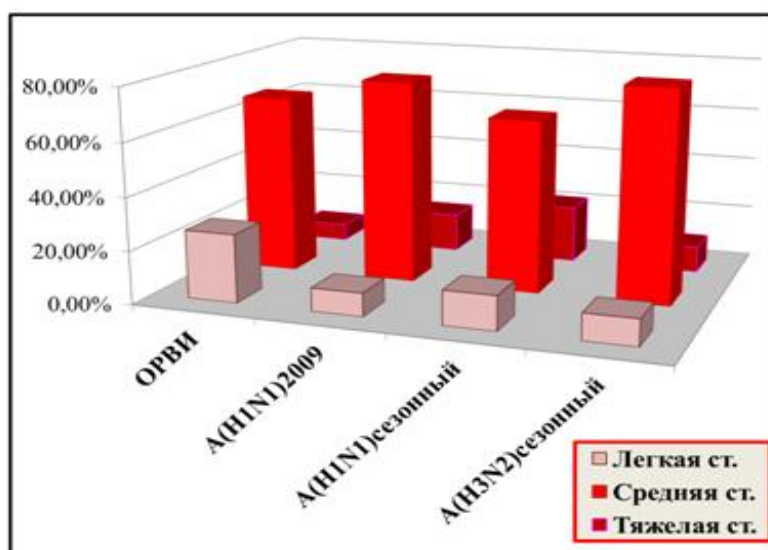


Рис.1. Структура заболеваемости ОРВИ и гриппа типа А с различной антигенной структурой. Особенности клинического течения респираторных инфекций у беременных

Известно, что при вынашивании беременности не существует сколь угодно малых, безразличных для организма нарушений его жизнедеятельности. Экспериментальные исследования свидетельствуют, что даже предельно небольшие концентрации вируса гриппа в организме беременных мышей, согласно данным литературы, не предотвращают его трансплацентарного проникновения в плод. В этом случае особенности видовой и индивидуальной реактивности, а также сроки беременности выполняют не только триггерную функцию, но и являются факторами риска, смещающими патологию в сторону сано- или патогенеза (Мирчинк Е.П., Зуев В.А., 1992; Киселев О.И., Цыбалова Л.М., Покровский В.И., 2012; Yewdell J., Garcia-Sastre A., 2002).

При анализе заболеваемости ОРВИ было установлено, что в зависимости от причинного фактора и сроков гестации наибольшее количество заболевших регистрировали во II и III триместре беременности (Рисунок 2). Так, из общего количества женщин (61 чел.), заболевших в I триместре беременности, на долю среднетяжелой и тяжелой степеней ОРВИ приходилось 47%, тогда как на долю гриппа с различной антигенной структурой подобное распределение достигало лишь 24%. Во II триместре из 68 госпитализированных в специализированное инфекционное отделение МУЗ «МСЧ №1» беременных,

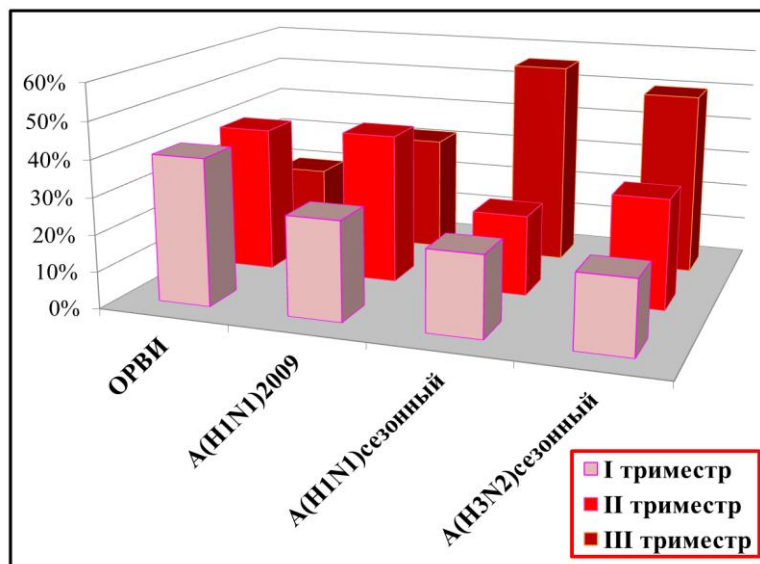


Рис.2. Структура заболеваемости дыхательных путей беременных в зависимости от этиологии пневмотропных вирусов и сроков гестации

с учетом тяжести клинического течения вирусных инфекций, доля заболевших гриппом увеличилась до 34%. В III же триместре в структуре заболеваемости доминировали серотипы вируса гриппа «А». Соотношении долей ОРВИ и гриппа составило 32% и 53%. Следовательно, контагиозность, патогенность возбудителей гриппа А и высокая его «тропность» к организму беременных возрастает к III триместру.

Многолетние наблюдения В.В. Ритовой и других исследователей подтвердили способность вируса гриппа проникать через маточно-плацентарный барьер и вызывать различную внутриутробную патологию (Ритова В.В., 1976). Угроза прерывания беременности, многоводие, гипоксия плода, выявленные нами в ходе ретроспективного анализа историй болезни 185 беременных, с достаточной долей вероятности можно квалифицировать как проявление внутриутробной инфекции. При этом угроза прерывания беременности в 9 % случаев при гриппе А(Н1N1)2009 и ОРВИ была установлена даже при легкой и средней степени тяжести течения вирусных инфекций (Рисунок 3). В результате проникновения в организм и размножения вируса в эпителиальных структурах дыхательных путей беременных нарушается внутриклеточный метаболизм, сопровождающийся дистрофическими изменениями клеток, а также

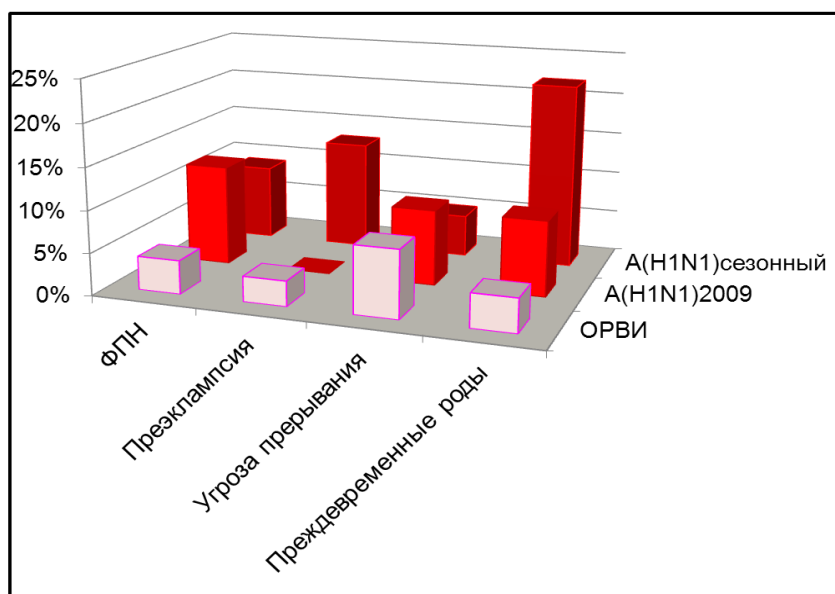


Рис.3. Виды акушерских осложнений в зависимости от этиологии респираторных вирусов и сроков гестации

высвобождением из них биологически активных веществ с провоспалительной и вазотропной активностью. Все это ведет к развитию тканевой гипоксии, расстройству микроциркуляции, электролитному дисбалансу с нарушением маточно-плацентарного кровотока и, как следствие, формированию фето-плацентарной недостаточности, что наблюдалось в 12% случаев при A(H1N1)2009 и 9% – при сезонном гриппе A(H1N1). Наряду с этим при сезонном гриппе у 13% беременных женщин выявили преэклампсию различной степени тяжести и преждевременные роды в 22% случаев (Рисунок 3).

Следовательно:

1. В структуре заболеваемости беременных доминируют ОРВИ и грипп A(H1N1)2009.
2. Независимо от этиологии респираторных инфекций и сроков гестации чаще встречаются среднетяжелые и тяжелые формы патологии.
3. Максимальный показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ выявляется во II – III триместрах беременности.
4. Имеется причинно-следственная связь у беременных, перенесших грипп с внутриутробной гриппозной патологией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

¹К.м.н., доцент Бадретдинова Ф.Ф., ²д.м.н., профессор Трубина Т.Б., ²к.м.н. Додонов А.Н.,
²к.м.н. Михайлова Г.Н.

¹Башкирский государственный медицинский университет
²Городская клиническая больница №8, г.Уфа

Большинство исследователей справедливо считают, что глубокие деформирующие разрывы шейки матки, произошедшие в родах, требуют применения реконструктивно-пластических операций [1, 3, 5]. Наиболее часто такой вид родового травматизма встречается у поздних первородящих женщин. Как известно у первородящих старше 30 лет разрывы шейки матки встречаются в два раза чаще, чем у молодых женщин. Данная патология, являясь следствием родового травматизма, в большинстве случаев сочетается с несостоятельностью мышц тазового дна. Имеются данные, что у 43.5% женщин дисплазия шейки матки развивается именно на фоне рубцовой деформации [2, 4]. В настоящее время разработано достаточно много различных модификаций реконструктивно-пластических операций при рубцовых деформациях шейки матки, которые имеют как преимущества, так и недостатки. После хирургического лечения рубцово-деформированной шейки матки

возникает определенный процент рецидивов. С учетом вышеизложенного оптимизация хирургического лечения данной патологии шейки матки является актуальной задачей в акушерско-гинекологической практике.

Цель исследования — оптимизация реконструктивно - пластической операции при доброкачественных заболеваниях рубцово-деформированной шейки матки в сочетании с несостоятельностью мышц тазового дна для улучшения репродуктивного здоровья женщины.

Для достижения поставленной цели нами разработан и внедрен в клиническую практику новый способ реконструктивно-пластической операции при рубцово-измененной и элонгированной шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна (патент на изобретение № 2184503, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 10. 07. 2002 г.). Разработанная методика реконструктивно-пластической операции применена у 58 женщин с рубцовой деформацией шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна. Суть данной операции сводится к следующему: из передней стенки влагалища выкраивается и отсепааровывается треугольный лоскут слизистой с вершиной на 1,5 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала с переходом на наружную поверхность шейки матки. Разрез продолжается циркулярно вокруг всей шейки матки на уровне здоровых тканей через разрывы, а не выше них, с возможно максимальным сохранением слизистой наружной поверхности шейки матки. Края старых боковых разрывов клиновидно иссекаются. Прямоугольные лоскуты слизистой одной стороны, обращенные к влагалищу, отсепааровываются от шейки матки, их количество зависит от числа разрывов. Мочевой пузырь отсепааровывается кверху, измененную часть шейки матки вокруг наружного зева иссекают конусовидно по направлению к внутреннему зеву. Мышечная ткань освеженных краев разрывов шейки матки совмещается и ушивается однорядными узловыми швами. Кардинальные связки матки пересекаются и сшиваются между собой перед маткой на уровне перешейки. Слизистая шейки матки формируется с помощью ранее отсепаарованных лоскутов следующим образом: швы начинают накладывать, отступив 0,5 см от наружного угла одного лоскута. Затем конец лигатуры одного лоскута из цервикального канала проводят через всю толщу ткани шейки матки с выходом на 1,5—2 см выше и несколько кнаружи от первого вкола. После этого в иглу вводится другой конец той же лигатуры и повторяется ход лигатуры рядом с первым, используя соседний лоскут слизистой. Затем концы лигатуры связываются между собой. В результате боковые края отсепаарованных лоскутов соединятся радиально на 12 часах на месте бывших разрывов, а наружные края лоскутов подворачиваются в цервикальный канал. На фасцию мочевого пузыря накладываются погружные кисетные швы для устранения цистоцеле. Непрерывный шов накладывается на слизистую передней стенки влагалища. Проводится задняя кольпоперинеолеваторопластика.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 120 женщин с доброкачественными заболеваниями рубцово-измененной и элонгированной шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна. В контрольную группу включены 62 пациентов перенесших операцию Штурмдорфа и пластику тазового дна. Всем женщинам перед операцией кроме стандартного обследования проводили простую и расширенную кольпоскопию, прицельную ножевую биопсию патологически измененных участков шейки матки и диагностическое выскабливание цервикального канала, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты и их обсуждение

У всех 58 женщин основной группы и 62 женщин контрольной группы разрывами шейки I—III степени осложнились первые роды. В основной и контрольной группах соответственно у 30 и 26 женщин имело место разрывы шейки матки при вторых родах. В 56 и 59 наблюдениях, соответственно в основной и контрольной группах, произошли разрывы промежности или произведены эпизио- или перинеотомии в родах. Заживление акушерских травм шейки и промежности произошло вторичным натяжением. У всех обследованных женщин основной и контрольной групп шейка была деформирована, элонгирована, имела боковые старые разрывы. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 3 лет. У 14 женщин основной группы и у 18 женщин контрольной группы производилось диатермохирургическое лечение выявленной патологии, при этом в 3 наблюдениях (контрольная группа) названный вид лечения повторялся 3 раза в связи с рецидивом заболевания. В основной группе у 2 женщин производилась лазероэксцизия с возникновением в последующем рецидива эрозированного эктропиона.

Результаты кольпоскопии: эрозированный эктропион с законченной зоной трансформации с множеством наботковых желез (44,8 и 38,7%); эрозированный эктропион с незаконченной зоной трансформацией (28,5 и 30,2%); лейкоплакия простая (18,9 и 20,9%); дисплазия легкая (3,4 и 4,8%); дисплазия средней степени (1,7 и 1,5%); эндометриоз (1 и 3,9%) соответственно в основной и контрольной группах. Гистологическое исследование биоптатов шейки матки с изучением серийно-ступенчатых срезов подтвердило данные кольпоскопических исследований.

Цитологическое исследование мазков с влажной части шейки матки выявило лейкоплакию в 18,9 и 20, % и воспалительные изменения в 81,1 и 79,1% наблюдений соответственно в основной и контрольной группах.

При изучении результатов хирургического лечения больных контрольной группы с использованием операции Штурмдорфа и кольпоперинеолеваторопластики получены следующие данные: выздоровление установлено в 67,7% наблюдений. Отмечены следующие неудовлетворительные результаты операции: рубцовая деформация шейки матки (20,5%), выворот слизистой цервикального канала (8,6%), лейкоплакия (1,6%), атрезия цервикального канала (1,6%).

Высокая частота вышеописанных неблагоприятных результатов при операции Штурмдорфа в сочетании с кольпоперинеолеваторопластикой послужила обоснованием для разработки комплекса мероприятий по предоперационной подготовке, ведению послеоперационного периода при выполнении нового способа реконструктивно-пластической операции при доброкачественных заболеваниях рубцово - деформированной шейки матки.

Послеоперационное диспансерное наблюдение осуществляется соответственно общепринятым стандартам. Результаты хирургического лечения в основной группе оценивались через 3, 6, 12 месяцев. При осмотре шейка макроскопически здорова, цилиндрической формы, нормальной длины (2—3 см), наружный зев закрыт, цервикальный канал удерживает слизистую пробку. У 3 (5,1%) женщин имели неблагоприятные результаты: эрозированный эктропон (2 женщины) и рубцовую деформацию наружного зева (1 женщина). При цитологическом исследовании у 2 (3,4%) женщин — цилиндрический эпителий с признаками воспаления.

Таким образом, разработанный новый способ хирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний рубцово-деформированной и элонгированной шейки матки, сочетающихся с несостоятельностью мышц тазового дна, позволяет сформировать макроскопически и кольпоскопически здоровую шейку матки и восстановить архитектуру влагалища и промежности, снизить неблагоприятные результаты хирургического лечения с 32,3 до 5,1%.

Список литературы

1. Бадретдинова Ф.Ф., Ганцев Ш.Х., Трубин В.Б. Вторичная профилактика рака шейки матки путем разработки и реализации системы оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки. / Опухоли женской репродуктивной системы. 2012, №3-4. С. 133-138.
2. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г., Смольнова Т.Ю. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи/ Вестник Росс. ассоц. акуш.-гин. 1990 , № 3. С. 64 -66.
3. Заболевания шейки матки. Руководство (Ганцев Ш.Х. и другие); под редакцией Ш.Х Ганцева- М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 160 с.
4. Манухин И.Б., Мареев Е.В., Минкина Г.Н., Попков С.А. Хирургические методы в лечении патологии шейки матки на фоне ее деформации./ Вестник Росс. ассоц. акуш.- гин. 1995, №3. С. 8-15.
5. Трубина Т.Б., Глебова Н.Н., Трубин В.Б. Способ хирургического лечения опущения и неполного выпадения матки с элонгацией и доформацией шейки матки глубокими разрывами. Патент на изобретение RUS 2184503 10.11.1998

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

СЕКЦИЯ №3.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)

«НАШ» ПРОТОКОЛ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ

Дударев И.В., Зельгин П.Н., Марчевский В.В.

Городская больница №1 им. Н.А. Семашко, г.Ростов-на-Дону

Под «трудной интубацией» понимают такую клиническую ситуацию, при которой врач анестезиолог-реаниматолог испытал определенные трудности при проведении 2-3 попыток интубации и легочной вентиляции, занявших в общей сложности от 5 до 10 мин.

Трудная интубация (ТИ) в обычной практике встречается от 3 до 18%. В практике акушерской анестезиологии она встречается в 7,9% и является причиной материнской смертности в 41% случаев.

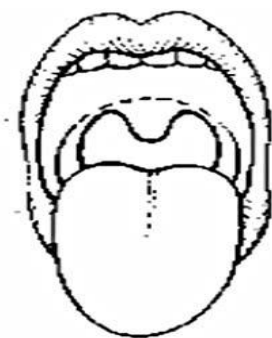
По результатам Совещания главных анестезиологов-реаниматологов РФ (2005 г.) установлено, что в основе ТИ заложен комплекс причин, состоящий из топографо-анатомических, патологических, физиологических особенностей пациента, профессиональных навыков специалиста и слабой технической оснащенности. В большинстве клинических случаев каждую ТИ можно и нужно прогнозировать, хотя возможны ситуации, когда предварительная оценка дыхательных путей не выявляет каких-либо отклонений.

В условиях многопрофильного стационара, имеющего в своем составе акушерско-гинекологическое подразделение в том числе, ТИ не является большой редкостью, что требует от персонала действовать в данной ситуации быстро и эффективно. В связи с отсутствием соответствующих протоколов на федеральном уровне, «нами» разработан протокол трудной интубации с учетом существующих на данный момент соответствующих рекомендаций, который, конечно же, предлагается для обсуждения.

Процесс прогнозирования ТИ складывается из результатов первичного осмотра больного. При этом должен осуществляться системный подход к общей оценке исходного состояния пациента с учетом его топографо-анатомических данных строения лицевой части черепа, наличия приобретенных заболеваний, данных аллергологического анамнеза, сведений о ранее перенесенных наркозах и наличии сопутствующей патологии. При выборе метода эндотрахеального наркоза особое внимание уделяется оценке дыхательных путей (ДП), лицевой части головы, подвижности нижней челюсти, степени открытия рта, состояния полости рта, носоглотки, языка, зубов, формы и подвижности шеи, наличия ожирения, аномалий развития.

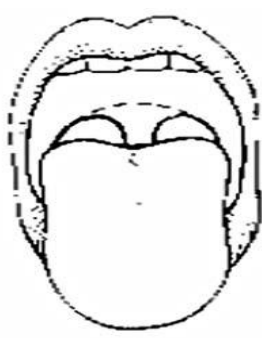
Применительно к общей анестезии врач анестезиолог обязан оценить следующие диагностические тесты:

1. Тест Маллампати (Mallampati) в модификации Samssoon, Young. Тест состоит в том, что пациент по просьбе врача анестезиолога-реаниматолога показывает широко открытый рот. При осмотре ротовой полости врач оценивает картину в соответствии с классификацией, отмеченной на Рисунке 1. При оценке данного теста решается целый ряд важных особенностей: степень открытия рта, состояние зубного ряда, верхних резцов, подвижность нижней челюсти, ее форма, состояние небного язычка и задней стенки глотки, а также подвижность атланта-окципитального сочленения.



1-й класс сложности

язычок визуализируется полностью



2-й класс сложности

язычок виден частично



3-й класс сложности

визуализируется основание язычка



4-й класс сложности

язычок не виден

Рис.1. Тест Маллампати

К сожалению, прогностическая значимость шкалы Маллампати не высока. Так, тест Маллампати 3-4 класса соответствует ларингоскопической картине по Cormack-Lehane не более чем 21-25%. Однако, учитывать шкалу Маллампати необходимо не только с субъективной точки зрения, но и при подготовке соответствующего оборудования (исключить использование «длинных» миорелаксантов, эндотрахеальные трубки разного диаметра, проводник, воздуховоды, надежный ларингоскоп, ларингоскоп Мак-Коя, катетер Frova, помощника для надавливания на переднюю стенку гортани на случай трудной интубации).

2. Тироментальная дистанция (ТД) – расстояние между подбородком и щитовидным хрящом при разогнутой голове и шеи. Это расстояние не должно быть меньше 6,5 см, легко и незаметно для больного может быть измерено поперечным размером ладони врача, предварительно измеренной в см. При меньшем расстоянии ТД трудности при интубации могут быть реальными и часто связаны с микрогензией, с анатомическим расположением гортани.

3. Грудино-ментальная дистанция (ГМД) – расстояние между подбородком и рукояткой грудины при разогнутой голове и шеи. Это расстояние не должно быть меньше 12,5 см. Если оно меньше, предстоит трудная интубация из-за короткой (индекс Klippel Feil) и, как правило, тугоподвижной шеи (индекс Patila), что бывает при шейном остеохондрозе.

4. Степень разгибания головы и шеи в атлanto-окипитальном сочленении. Разгибание должно быть полным, не менее 40%, за исключением случаев травматического повреждения позвонков шейного отдела, когда прием разгибания головы и шеи противопоказан. При неполном разгибании головы и шеи альтернативой прямой ларингоскопии может быть оро- или назотрахеальная интубация с фиброоптической техникой или ретроградная интубация под местной анестезией. При открытии рта на расстояние менее 4 см (2,5 поперечных пальца) оротрахеальная интубация становится невозможной и альтернативой в этом случае будет назотрахеальная интубация или ретроградная интубация под местной анестезией.

5. Подвижность нижней челюсти. При нормальной подвижности нижней челюсти нижний ряд зубов выдвигается до линии зубов верхней челюсти (нормальный прикус). При ограничении выдвижения нижней челюсти и нарушении нормального прикуса до указанных пределов возможна трудная оротрахеальная интубация. Альтернативой может служить назотрахеальная интубация с фиброоптической техникой или ретроградная интубация под местной анестезией.

6. Общая оценка телосложения: ожирение, пневмосклероз, тучность, беременность, сахарный диабет, обменные нарушения опорно-двигательного аппарата, которые могут повлиять на интубацию.

В этой связи правильная оценка «прогностических тестов» трудной интубации считается необходимой для выполнения каждым врачом-анестезиологом с обязательной фиксацией их в листке осмотра анестезиолога-реаниматолога или в истории болезни, что свидетельствует о достаточном уровне его профессиональной подготовки. Однако выше перечисленные прогностические тесты не дают абсолютной достоверности трудной или невозможной интубации. Реальную оценку трудной интубации врач анестезиолог-реаниматолог может дать только при выполнении прямой оротрахеальной ларингоскопии. Для классификации визуальной оценки трудной интубации при прямой ларингоскопии в анестезиологической практике используется диагностический тест Cormack-Lehane.



Рис.2. Тест Cormack-Lehane

Как представлено на Рисунке 2, наиболее трудные условия интубации предстоят при 3-4 степени, когда голосовая щель не выводится и полностью скрыта надгортанником. Интубация возможна лишь при применении катетера Frova или при условии изменения формы эндотрахеальной трубки вместе с жестким или полужестким проводником в виде «хоккейной клюшки», когда «клюв» изогнутого дистального конца трубки заводится под надгортанник и проводится через голосовую щель в гортань. При этом полезным приемом может оказаться и

наружное придавливание гортани, обычно выполняемое помощником. В случае неудачи, после 2-3 попыток, дальнейшие попытки прекращаются, больного пробуждают, восстанавливают полноценное спонтанное дыхание и принимают альтернативные решения. Визуальный диагностический тест Cormack-Lehane должен отмечаться в каждом протоколе течения анестезии, а при наличии 3 или 4 степени трудности, врач анестезиолог-реаниматолог обязан информировать оперированного пациента в послеоперационном периоде. При выписке пациента целесообразно отмечать в медицинских документах степень трудности интубации в соответствии с диагностическим тестом Cormack-Lehane для профилактики каких-либо осложнений в будущем при повторных операциях.

Для успешной интубации и обеспечения проходимости дыхательных путей в отделении анестезиологии и операционном блоке должно быть стандартное оборудование, перечень которого приводится ниже.

Алгоритм обеспечения проходимости дыхательных путей. Общие положения.

1. Интубация трахеи не является самоцелью. Адекватная оксигенация – первостепенная цель, которая достижима и без интубации. Вторая задача – это обеспечение адекватной вентиляции, то есть поддержание адекватной оксигенации и удаление CO_2 . Третья задача – защита от аспирации. В то время, как интубационная трубка позволяет достичь всех трех целей, другие методики только часть из них. Так ларингеальная маска не защищает от аспирации, а вентиляция через катетер введенный в перстне-щитовидную мембрану поддерживает адекватную оксигенацию, но приводит к накоплению CO_2 в течение некоторого времени.

2. Особое значение необходимо уделить ограничению числа и длительности попыток ларингоскопии с целью предотвращения травмы и последующего развития ситуации, когда невозможны ни интубация, ни вентиляция. Сложно оправдать использование одного и того же ларингоскопа, одной и той же методики более чем два раза, в надежде, что она даст другой результат. В этом случае можно попробовать использовать другой клинок (Мак Коя), но больше двух попыток делать не следует. Каждая последующая попытка увеличивает риск: кровотечения в полость рта и ротоглотку, повышения секреции отделяемого в ротоглотке, неадекватной анестезии, а так же крайне нежелательного превращения ситуации «возможна масочная ИВЛ, но невозможна интубация трахеи» в ситуацию «невозможна ни масочная ИВЛ, ни интубация трахеи».

3. Необходимо четко разграничивать абсолютно разные клинические ситуации: трудную масочную вентиляцию и трудную интубацию. Не начинать индукцию общей анестезии и с осторожностью проводить седацию, если нет уверенности в проведении вентиляции маской.

4. Подготовка:

- полноценный мониторинг: капнография, пульсоксиметрия, НАД, ЭКГ, T^0 .
- опорожненный желудок.
- подготовленный набор для трудной интубации.
- операционный стол с опущенным ножным концом (особенно при ожирении). Цель увеличить функциональную остаточную емкость легких. Отсутствие сгибания стола в области шеи. Голова пациента должна находиться в положении «принюхивания», чтобы отверстие наружного слухового прохода находилось на уровне яремной вырезки.

- преоксигенация: спокойное дыхание чистым O_2 три минуты или шесть глубоких вдохов при FiO_2 1,0 (замещение азота кислородом в ФОЕ легких).

- желательна для индукции использовать пропофол, перераспределение, которого позволяет при необходимости быстро пробудить пациента. Миорелаксанты – сукцинилхолин.

- обязательно привлечение помощника для интубации. Помощник складывает 1 и 2 палец в виде треугольника и помещает их на перстневидный хрящ пациента, оказывая давление на него. Врач при интубации смещает пальцы помощника таким образом, чтобы обзор был наилучшим. Использование клинка МакКоя позволяет улучшить обзор при ларингоскопии на одну единицу по Cormack-Lehane. Особенно при «короткой шее», уменьшении тироментальной и грудино-ментальной дистанции.

5. При не возможности интубации (3 – 4 степень сложности по Cormack-Lehane) лучше использовать катетер Frova, чем изгибать ИТ в виде «крючка – клюшки», т.к. идентифицировать положение катетера можно не извлекая ларингоскоп из ротовой полости и не проводя ИВЛ. Длина катетера Frova составляет 70 см., имеет разметку через каждые 5 см., начиная от дистального конца и заканчивая отметкой в 40 см. При интубации, катетер вводят точно под надгортанник строго по средней линии, как бы скользя по нему к входу в гортань. Как удостовериться, что катетер находится в гортани? Главное: катетер дальше, чем на 35 – 40 см. в гортань не пройдет, т.к. он достигнет киля трахеи. Если он попал в пищевод, то он будет легко продвигаться вперед, пока его проксимальный конец не окажется во рту. Когда анестезиолог убедится, что катетер находится в трахее, по нему как по проводнику вводят ЭТ внутренним диаметром от 5 до 8 мм. По мере продвижения, трубку целесообразно повернуть против часовой стрелки. Когда трубка проходит в голосовую щель, ощущается отчетливый щелчок.

6. После трех неудачных попыток, необходимо восстановить сознание и спонтанное дыхание. В дальнейшем действовать сообразно хирургической ситуации: выполнить операцию под местной или регионарной анестезией, отложить плановую операцию, провести интубацию в сознании под местной анестезией либо по бронхоскопу, либо ретроградно.

7. Сценарий «не могу интубировать, не могу вентилировать». Ввести канюлю через крикотиреоидную мембрану или выполнить хирургическую конико-трахеотомию.

Для пункции крикотиреоидной мембраны набором TracheoQuick необходимо под шеей разместить валик 10-15 см. Пункцию осуществить канюлей с иглой, с подсоединенным шприцем. При нахождении иглы в просвете трахеи получить воздух при аспирации. Удалить иглу. Зафиксировать канюлю к шее. Подсоединить коннектор к аппарату ИВЛ. Вентилировать небольшими объемами, понимая, что частично выдох осуществляется через рот и, возможно, увеличение CO_2 . Провести интубацию трахеи по бронхоскопу или восстановить адекватное самостоятельное дыхание через естественные дыхательные пути с последующим удалением канюли.

8. После успешно выполненной трудной интубации трахеи и проведения оперативного вмешательства перейти к алгоритму экстубации:

- ясное сознание, адекватный мышечный тонус (удержание головы в приподнятом положении 5 секунд), адекватное спонтанное дыхание.

- проведение теста на утечку после сдувания манжеты интубационной трубки (кашель на вдохе с перекрытым выдохом).

- возможно, перед экстубацией в/в введение гормонов коры надпочечников и установка катетера-проводника в трахею до экстубации с возможной реинтубацией при неадекватном дыхании.

- В выписном эпикризе обязательно указать наличие сложной интубации, причину. В беседе с пациентом анестезиолог указывает на возможные осложнения при эндотрахеальном наркозе и на необходимость, в будущем, информировать врача о «проблемах» с наркозом.

Приложение №2. Перечень оборудования для интубации и обеспечения проходимости дыхательных путей:

1. Ларингоскоп с набором клинков.
2. Ларингоскоп Мак Коя.
3. Катетер Frova.
4. Набор эндотрахеальных трубок (№ 6-9).
5. Проводники.
6. Ларингеальные маски.
7. Воздуховоды.
8. Катетер на игле для пункционной коникотомии – набор TracheoQuick.
9. Зажим типа Корнцанга.
10. Оборудование для ретроградной интубации.

Приложение 3

Принципиально важно четко разграничить трудную масочную вентиляцию и ТИ, т.к. эти клинические ситуации требуют применения различных решений. Предлагаем алгоритм действий при трудной масочной вентиляции и трудной интубации.

План А. Стандартная ларингоскопия с использованием клинка привычного для врача с определением возможности интубации трахеи.

При не возможности интубации (3 – 4 степень сложности по Cormack-Lehane) переход к плану Б.

При затруднении вентиляции через маску, которая не улучшается стандартными приемами (открытие рта, запрокидывание головы, выдвижении нижней челюсти, введения воздуховода или ларингеальной маски) от плана Б необходимо отказаться и вывести пациента из наркоза, т.к. дальнейшие попытки интубации приведут к ситуации «не могу вентилировать, не могу интубировать», причем каждая последующая попытка будет ухудшать ситуацию.

План Б. Вторая попытка – использование клинка Мак Кея и катетера Frova (вместо катетера возможно изгибание трубки с проводником в виде «клюшки – крючка»).

Третья попытка – позвать на помощь более опытного анестезиолога. От дальнейших попыток следует воздержаться, и действовать сообразно хирургической ситуации: выполнить операцию под местной или регионарной анестезией, отложить плановую операцию, провести интубацию в сознании под местной анестезией либо по бронхоскопу, либо ретроградно.

При затруднении вентиляции через маску от плана Б необходимо отказаться и вывести пациента из наркоза.

План В. При неудачной третьей попытке установить ларингеальную маску и подключить ее дыхательному контуру наркозного аппарата. При затруднении вентиляции через маску от плана В необходимо отказаться и вывести пациента из наркоза. При адекватной вентиляции вызвать врача – эндоскописта с бронхоскопом. Смазанную гидрофильным гелем эндотрахеальную трубку №5,5-6,0 надевают на тубус бронхоскопа. Бронхоскоп осторожно вводят в трахею, используя ларингеальную маску как проводник. Трубку по бронхоскопу устанавливают в трахее. Проводят вентиляцию через эндотрахеальную трубку, убедившись, что обеспечена нормокапния, адекватная оксигенация и глубина наркоза. После этого трубкообменный катетер увлажнить гидрофильным гелем и ввести его в трахею через установленную трубку на глубину 35-40 см. Удалить единым блоком трубку и маску, а по катетеру, вращая ее против часовой стрелки, установить эндотрахеальную трубку нужного диаметра (5-8 мм). Если план В не сработал, перейти к плану Г.

План Г. Этот план можно выполнить двумя способами.

Первый – отменить операцию, прекратить подачу анестетика и разбудить больного. Операцию перенести на другой день и планировать интубацию при сохраненном сознании с помощью фибробронхоскопа или ретроградно.

Второй способ – выполнить трахеостомию.

План при ситуации «не могу интубировать, не могу вентилировать».

Попытаться перевести эту ситуацию в сценарий: «не могу интубировать, могу вентилировать, хотя и с трудом» (максимальное разгибание головы, максимальное выведение вперед нижней челюсти, использование воздухопроводов или ларингеальной маски) с последующим восстановлением сознания и дыхания. При реально угрожающей жизни ситуации выполнить пункцию и канюляцию крикотиреоидной мембраны (набором TracheoQuick) или хирургическую конико- или трахеотомию.

Разработанный «нами» протокол трудной интубации, отсутствующий на федеральном уровне, для подразделений многопрофильного стационара призван доказывать свою эффективность, и помогать анестезиологу-реаниматологу действовать во всех клинических ситуациях быстро и эффективно, минимизировав процент осложнений в рутинной практике.

Список литературы

1. Benumof J. L. Management of difficult adult airway with special emphasis on awake tracheal intubation. *Anesthesiology*, 1991. 75: 1087.
2. Roberts J. T. (ed.). *Clinical Management of the Airway*. Saunders, 1994.
3. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэгид С. Михаил. *Клиническая анестезиология: книга 1-я / Изд. 2-е, испр.*
4. Crosby E. T., Lui A. L. The adult cervical spine: Implications for airway management. *Can. J. Anesth.*, 1990.
5. Dorsch J. A., Dorsch S. E. *Understanding Anesthesia Equipment*, 3rd ed. Williams & Wilkins, 1991.
6. Богданов А.Б., Корячкин В.А. *Интубация трахеи*. – СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2004.
7. *Анестезиология и интенсивная терапия: Практическое руководство / Б.Р. Гельфанд, П.А. Кириенко, Т.Ф. Гриненко, В.А. Гурьянов и др.; под общ. ред. Б.Р. Гельфанда.*

НЕЙРООКСИАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА БЕДРЕ И ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ

Дударев И.В., Попов Р.В., Трофимович С.Л., Скобло М.Л., Чекмезова Т.Г., Шаршукова Н.С.

Ростовский Государственный Медицинский Университет. Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС с курсом токсикологии, г.Ростов-на-Дону

Актуальность. За последние 100 лет наблюдается неуклонный рост продолжительности жизни населения. Особенно быстро растет возрастная группа пациентов старше 85 лет. По словам экс-президента ESRA Slobodan Gligorijevic (Цюрих, Швейцария), «...выбор оптимального метода анестезии у пациентов пожилого и старческого возраста представляет собой ответственную задачу». Известно, что нейрооксиальная анестезия характеризуется высокой степенью защиты организма от хирургической агрессии, сопровождается меньшим количеством осложнений, чем общая анестезия. В известном исследовании, основанном на 10000 наблюдений, Rodgers A., 2000 указывает на 30% снижение послеоперационной летальности в целом в течение 1 месяца при использовании регионарной анестезии по-сравнению с общей анестезией. Sharrock, 1995г, приводит данные двух

больших рандомизированных исследований, демонстрирующих 50% снижение летальности у пациентов ортопедического профиля, перенесших оперативные вмешательства по эндопротезированию тазобедренных суставов в условиях регионарной анестезии, по сравнению с общей анестезией. Однако применение нейроаксиальной анестезии у пожилых пациентов сопряжено с целым рядом проблем, обусловленных патофизиологическими изменениями в организме больного: мультифокальный атеросклероз, снижение функционального резерва симпатической и сердечно-сосудистой систем, дегенеративные изменения позвоночного столба, потеря миелина, приводящими к большей длительности блокады, выраженному симпатическому блоку и неблагоприятным гемодинамическим последствиям.

Цель. Применение комплекса мер, направленных на ограничение симпатического блока при нейроаксиальной блокаде у пожилых пациентов при оперативных вмешательствах на бедре и тазобедренном суставе.

Материалы и методы. На базе отделения травматологии №1 МБУЗ ГБСМП, г.Ростов-на-Дону, за период с 2012 по 2013 г. Были выполнены оперативные вмешательства на бедре и тазобедренном суставе: блокируемый интрамедуллярный остеосинтез, тотальная артропластика тазобедренного сустава у 127 пациентов в возрасте от 68 до 88 лет. Физический статус по ASA II-III. Из исследования исключались пациенты с ИБС, имеющие противопоказания к проведению нейроаксиальной анестезии: снижение фракции выброса менее 40%, стеноз ствола левой коронарной артерии, постинфарктная аневризма левого желудочка, нарушениями гемокоагуляции (АЧТВ более 45 с., МНО более 1,5, тромбоциты менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$), инфекцией в области пункции, отказ от регионарной анестезии. Пункцию субарахноидального пространства выполняли в положении лежа на здоровом боку в межпозвоночных промежутках L₃-L₄, L₄-L₅ с сохранением вербального контакта с пациентом. Использовался изобарический маркаин спинал 0,5%, при температуре тела приобретающий гипобарические свойства. С целью ограничения протяженности симпатического блока доза маркаина спинал снижалась до 5-7,5 мг, пациенты находились в положении на здоровом боку в течение 15-20 минут. Головной конец операционного стола опускался на 15°. При этом отмечалось развитие эффективного унилатерального нейроаксиального сенсорного блока, верифицируемого тестом «pin prick», моторный блок оценивался по шкале Bromage. Мониторировали SaO₂, ЭКГ, неинвазивное АД (монитор MEC 1000). Внутривенно капельно вводили раствор Рингера 300-400 мл к моменту развития блока. Проводили ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску 5 л в мин. Статистическую обработку данных проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2010 и Statistica v.6.0.

Результаты. При использовании данной методики нейроаксиальной анестезии, уровень сенсорного блока соответствовал Th₁₀₋₁₁. Средняя длительность нейроаксиального блока составила 75±5 минут, что превышало длительность оперативного вмешательства в среднем на 15±3 минуты. При этом мы не отмечали значимых нарушений со стороны центральной гемодинамики. АД у 85% больных снижалось не более чем на 20% от исходного уровня. У 15% оперируемых пациентов снижение АД составило 30% от исходного уровня, что определило необходимость кратковременного применения вазопрессорной поддержки дофамином 3-5 мкг/кг в мин. и применения коллоидных растворов 300±53 мл. Ни у одного пациента во время применения данной методики блокады не отмечалось нарушений ритма и брадиаритмии. После окончания операции анальгезия сохранялась спустя 65±7 минут.

Выводы. Нейроаксиальная анестезия у пожилых пациентов со сниженным функциональным резервом при оперативных вмешательствах на бедре и тазобедренном суставе, может быть выполнена при отсутствии противопоказаний к последней с применением комплекса мер, направленных на ограничение протяженности симпатического блока. Она обеспечивает адекватное обезболивание во время проведения самого вмешательства и сохраняет необходимую степень компенсаторно-приспособительных реакций функциональных систем организма, направленных на поддержание адекватного гомеостезиса.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дударев И.В., Сизякин Д.В., Новиков В.А., Сулима Н.Н., Семенищева О.В.

МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко», г.Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы энтеровирусной инфекции (ЭВИ) подтвердила эпидемическая вспышка в г. Ростове-на-Дону, когда в период с 03.06.13г. по 17.07.13г., в городскую многопрофильную больницу было госпитализировано 170 детей с различными клиническими проявлениями ЭВИ, в том числе 55 с нейроформами (менингит, менингоэнцефалит). По тяжести состояния из числа поступивших 34 ребенка с нейроформами ЭВИ были переведены в анестезиолого-реанимационное отделение (АРО).

При поступлении в АРО основными клиническими проявлениями являлись:

- острое начало (1-2 дня)
- гипертермия (38,0-39,0⁰С)
- головная боль
- повторная рвота.

Менингеальные знаки отсутствовали в 15% случаев или были кратковременными, в 10% случаев появлялись на 2-3 день пребывания в стационаре. В 9% случаев заболевание начиналось генерализованными судорогами с нарушением сознания. Приведенная клиническая симптоматика серозных менингитов и менингоэнцефалитов, обусловлена нарастающим развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома и значительно менее выраженным менингеальным синдромом. Особую диагностическую важность в этих условиях приобретает своевременное квалифицированное проведение люмбальной пункции (LP).

Подозрение на наличие у больного нейроинфекции является абсолютным показанием для проведения LP.

Противопоказаниями считаются дислокационный синдром и объемные процессы (кровоизлияние, опухоль) головного мозга, которые достоверно и быстро можно исключить при проведении компьютерной томографии (КТ) головного мозга. Ценность метода LP в случаях нейроинфекций многократно возрастает при возможности идентификации возбудителя заболевания, определяющей правильную лечебную тактику врача.

При серозных менингитах и менингоэнцефалитах спинно-мозговая жидкость прозрачная, бесцветная, вытекает частыми каплями или струей. Число клеток, в основном за счет лимфоцитов, увеличено до 100-500 в/мкл, иногда цитоз смешанный или нейтрофильный. Положительны белково-осадочные пробы (Панди, Нонне-Апельта), содержание белка умеренно повышено (0,6-1,0 г/л), уровень глюкозы снижен.

Показанием для перевода детей в АРО была тяжесть состояния обусловленная:

-общемозговой симптоматикой (головная боль, рвота, нарушение сознания, судороги, монотонный крик, выбухание большого родничка и расхождение швов).

-общее инфекционным синдромом (повышение температуры тела, озноб, вялость, бледность кожных покровов, отказ от еды и питья, приглушенность сердечных тонов, изменение частоты пульса, нестабильное артериальное давление).

Всем больным при поступлении в АРО под севораново-кислородным ингаляционным наркозом проводилась катетеризация одной из магистральных вен для проведения длительной инфузионной терапии, беспрепятственного внутривенного введения лекарств и забора крови для выполнения анализов.

Сразу при поступлении больного начиналось интенсивное мониторинговое наблюдение, включающее определение частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, частоты дыхания, сатурации кислорода крови, электрокардиографию и термометрию.

Контроль за содержанием газов крови, уровнем метаболических и электролитных нарушений проводился с помощью анализатора крови при критических состояниях «Rapidpoint 500» фирмы «Siemens» (Германия).

Проведение интенсивной терапии направленной на устранение нарушенных жизненно-важных функций организма ребенка включало:

1) этиотропную терапию:

а) антибактериальные препараты, проникающие через гематоэнцефалический барьер (цефотаксим, меропенем, цефепим).

б) противовирусные препараты:

-нарушающие структуру нуклеиновых кислот вирусов (рибонуклеаза, ацикловир).

-рекомбинантные интерфероны (виферон, генферон, реферон-ЕС-липид).

-индуктор эндогенного интерферона (витамин С) и иммуномодулятор (дибазол).

-с иммунозаместительной целью применялись иммуноглобулины для внутривенного введения (иммуновенин, пентаглобин).

2) патогенетическую терапию, направленную на борьбу с интоксикацией, нормализацией внутричерепного давления и церебральной гемодинамики.

Дезинтоксикация проводилась путем внутривенного введения жидкости с учетом физиологических потребностей организма и электролитного баланса. Внутривенно использовались глюкозо-солевые растворы (10% глюкоза, 0,9% NaCl, раствор Рингера), коллоидные растворы (реамберин, реополиглюкин, свежезамороженная плазма крови).

Одновременно с инфузионной терапией проводилась дегидратация (лазикс, диакарб). Высокоэффективны осмодиуретики-15% маннитол с последующим введением через 40-60 минут салуретиков (лазикс), также отличный терапевтический эффект отмечен при применении онкогидрантов (10-20% альбумина), который в отличие от маннитола не вызывает синдром «отдачи».

Большое значение имеет применение:

-ноотропных препаратов (пантогам, фенибут)

-вазоактивных нейрометаболитов (актовегин, инстенон)

-а также комплексного препарата с нейропротективным, антиоксидантным и антигипоксантным действием (цитофлавин).

-Основой комплекса интенсивной терапии отека и набухания головного мозга является адекватная респираторная поддержка (увлажненный кислород, назотрахеальная интубация, искусственная вентиляция легких).

-С целью противоотечного, мембранстабилизирующего и противовоспалительного действия всем больным назначались кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон) в течение 3-5 суток в зависимости от регресса отека мозга.

-Противосудорожную терапию в остром периоде проводили путем внутривенного и внутримышечного введения 0,5% релиума, 20% оксибутирата, в последующем назначали фенобарбитал.

Результаты лечения - из 34детей поступивших в АРО, 33 ребенка после проведенного лечения были переведены в другие отделения больницы с улучшением состояния (97,06%). Один ребенок скончался, летальность в этой группе составила 2,94%. Средняя длительность пребывания больных в АРО составила 6,6 к/дней.

В период массового поступления детей с ЭВИ в АРО, с целью профилактики внутрибольничного инфицирования медицинских работников проводились следующие противоэпидемические мероприятия:

-ежедневное медицинское наблюдение с обязательной термометрией и осмотром кожи и слизистых;

-строгое соблюдение усиленного дезинфекционного режима в отделении-текущая и генеральная уборки всех помещений проводились с двойной экспозицией;

-увеличение времени бактерицидного обеззараживания воздуха, использовались бактерицидные облучатели закрытого типа, позволяющие обеззараживать воздух в присутствии людей;

-строго контролировался масочный режим в отделении;

-проводились профилактические мероприятия в виде назначений лекарственных препаратов: реаферон-ЕС-липинт, арбидол, линекс, орошение ротоглотки антисептическими средствами).

СЕКЦИЯ №4.

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)

СЕКЦИЯ №5.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)

СЕКЦИЯ №6.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)

**СЕКЦИЯ №7.
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)**

**СЕКЦИЯ №8.
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)**

**СЕКЦИЯ №9.
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)**

**СЕКЦИЯ №10.
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)**

**СЕКЦИЯ №11.
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)**

**СЕКЦИЯ №12.
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)**

**СЕКЦИЯ №13.
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)**

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Иванова О.Н.

ФГАОУ ВПО Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Медицинский институт

В статье проведен анализ клинического течения энтеровирусной инфекции у детей. Осмотрено 50 детей на базе Детской городской клинической больницы №2 г.Якутска с клиническим диагнозом: Герпетическая ангина. Энтеровирусная инфекция. Всем детям проведены исследования клинического минимума: общий анализ крови и мочи, мазок из носа и зева. У всех детей взят анализ кала на энтеровирусную инфекцию и выявлен энтеровирус. Клинически энтеровирусная инфекция проявлялась как герпетическая ангина с явлениями диареи и высокой температурой. Выявлено, что применение противовирусных препаратов в комбинации с цефотаксимом (100мг/кг/сут) имеет хороший клинический эффект.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, герпетическая ангина, заболевание, вирусы, анализы, энтеровирус.

In the article the analysis of the clinical course of enterovirus infection in children. Examined 50 children at the Children's city clinical hospital ?2 gakudo with clinical diagnosis of Herpetic angina. Enteroviral infection. All children underwent clinical research minimum: General analysis of blood and urine, swab from the nose and throat. All children taken fecal enterovirus infection and identified enteroviruses that the use of antiviral drugs in combination with Cefotaxime (100 mg/kg/day) has a good clinical effect. Key words: enterovirus infection, herpes angina, disease viruses

Энтеровирусные инфекции – это группа заболеваний, в основе причин которых лежит несколько разновидностей вирусов. Вызывают заболевание вирусы Коксаки, полиовирусы и ЕСНО (экхо). Эти вирусы имеют в своем строении капсулу и ядро, содержащее РНК (разновидность ДНК). Строение капсулы может очень сильно отличаться, поэтому выделяют так называемые серотипы (разновидности). У полиовирусов выделяют 3 серологических типа. Вирусы группы Коксаки делятся на Коксаки А и Коксаки В. У вирусов Коксаки А выделяют 24 серологических разновидности, у Коксаки В – 6. У вирусов ЕСНО выделяют 34 серологических

типа. Заражение происходит несколькими путями. Вирусы в окружающую среду могут попадать от больного ребенка или от ребенка, который является вирусоносителем [1,2,3].

Механизм передачи может быть воздушно-капельный (при чихании и кашле с капельками слюны от больного ребенка к здоровому) и фекально-оральный при не соблюдении правил личной гигиены. Чаще всего заражение происходит через воду, при употреблении сырой (не кипяченой) воды. Заболевание начинается остро - с повышения температуры тела до 38-39 С. Температура чаще всего держится 3-5 дней, после чего снижается до нормальных цифр. Очень часто температура имеет волнообразное течение: 2-3 дня держится температура, после чего снижается и 2-3 дня находится на нормальных цифрах, затем снова поднимается на 1-2 дня и вновь нормализуется уже окончательно. При поражении слизистой ротоглотки происходит развитие энтеровирусной ангины. Она проявляется повышением температуры тела, общей интоксикацией (слабость, головная боль, сонливость) и наличие везикулярной сыпи в виде пузырьков, заполненных жидкостью, на слизистой ротоглотки и миндалинах. Пузырьки эти лопаются, и на их месте образуются язвочки, заполненные белым налетом. После выздоровления на месте язвочек не остается никаких следов.

Цель исследования: Изучить клинические особенности течения энтеровирусной ангины у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Нами осмотрено 50 детей на базе Детской городской клинической больницы №2 г.Якутска с клиническим диагнозом: Герпетическая ангина. Энтеровирусная инфекция. Всем детям проведены исследования клинического минимума: общий анализ крови и мочи, мазок из носа и зева. У всех детей взят анализ кала на энтеровирусную инфекцию и выявлен энтеровирус. Вирусологические методы исследований направлены на выделение из клинического материала (кровь, фекалии, ликвор) энтеровирусной инфекции на культурах чувствительных клеток. Результаты исследования: У 90% обследованных детей выявлено наличие герпетической ангины. У 25% детей отмечался жидкий стул до 5-6 раз в сутки без патологических примесей. У 15% детей отмечалось наличие мелкоточечной сыпи. У 90% детей заболевание сопровождалось высокой температурой до 40 градусов. Все обследованные дети лечились до поступления в стационар амбулаторно, получали препараты амоксициллина (21 ребенок -), аугментин (15 детей -) и сумамед (14 детей -). Ни у одного ребенка не отмечено положительной динамики течения энтеровирусной инфекции в результате полученного амбулаторного лечения. Наивысшие цифры температуры (до 40 градусов) отмечались в период высыпания герпетических элементов на мягком небе и проявлениях герпетической ангины.

Изменения в общем анализе крови показали следующую картину: лейкоцитоз свыше 15 10 у 60% детей с герпетической ангиной, других изменений в анализе периферической крови не отмечено. В настоящее время в качестве противовирусных средств в основном используются препараты альфа-интерферонов (альфа-2а, альфа-2в), как естественных, так и рекомбинантных. Применяют интерфероны местно и парентерально. Все дети получали препараты интерферонов.

Все дети получали цефотаксим в возрастной дозе 100мг/кг/в сутки, обработка зева производилась раствором мирамистина, детям старше двух лет раствором хлоргексидина 0,2%. Все обследованные дети 100% получали стационарное лечение от 5 до 7 дней.

Выводы:

1. Энтеровирусная инфекция протекает с высокой температурой, жидким стулом и герпетической ангиной.
2. Лечение пероральными препаратами амоксициллина и сумамеда неэффективно.
3. Применение противовирусных препаратов в комбинации с цефотаксимом (100мг/кг/сут) показало высокую эффективность проводимого лечения.

Список литературы

1. Лукашов А.Н. Роль рекомбинации и эволюции энтеровирусов // Микробиология. — 2005. — №4. — С. 83-89.
2. Амвросьева Т.В. Клинико-эпидемиологические особенности и лабораторная диагностика энтеровирусной инфекции в Республике Беларусь/ Н.В. Поклонская, З.Ф. Богущ, О.Н. Казинец // Микробиология. — 2005. — №2. — С. 20-25.
3. Perez C. En ferm infection/ M.J. Pena, L. Molina // Microbiology Clinical — 2003. — 21 (7). — 340-5.

СЕКЦИЯ №14.

КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)

СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Костюкова Н.Е.

ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница», г.Смоленск

Одним из наиболее важных аспектов практической деятельности врача-терапевта в психиатрическом стационаре является изучение особенностей диагностики и течения соматических заболеваний у пациентов с учетом их психического состояния [1, с.7].

Для правильной оценки жалоб и анамнеза пациента врач-терапевт должен предварительно подробно ознакомиться с историей болезни, оценить психическое состояние пациента и найти пути к установлению контакта с ним [3, с.12].

Необходимо помнить, что пациенты даже с сохраненной речью и интеллектом, не всегда могут правильно сформулировать свои жалобы, в особенности, когда речь идет о своеобразных, плохо поддающихся описанию ощущениях, сосредоточенных «где-то внутри», возникающих пароксизмально или постоянно беспокоящих пациентов. Это относится чаще всего к больным с сенестопатиями, с ипохондрическим бредом [2, с.37].

По целому ряду причин (длительное неподвижное пребывание пациентов в постели, снижение экскурсии грудной клетки, длительный прием психотропных препаратов) у многих психически больных защитные свойства организма и реактивность резко изменены. Это ведет к тому, что некоторые соматические заболевания протекают со «стертой» клинической картиной.

При исследовании органов дыхания нельзя упускать из виду, что изменения глубины, частоты и ритма дыхания могут наблюдаться у психически больных и при отсутствии поражения внутренних органов. В то же время надо помнить, что даже кашель и отделение мокроты при наличии пневмонии у многих психически больных могут отсутствовать, вследствие угасания кашлевого рефлекса и заглатывания мокроты. Если перкуссия возможна у всех, то аускультация часто практически невозможна. Достаточно напомнить, как трудно бывает провести аускультацию легких у больных шизофренией, находящихся в состоянии кататонического ступора.

Диагностику пневмонии может затруднять так же отсутствие повышения температуры тела, атипичность лейкоцитарной формулы.

Довольно характерны явления делириозного возбуждения при присоединении пневмонии. Поэтому пациенты, находящиеся в состоянии делирия требуют тщательного соматического обследования.

При исследовании сердечно-сосудистой системы необходимо учесть, что возбужденное состояние и эйфория могут маскировать сердечную недостаточность, а сильное психомоторное возбуждение, переживание острого аффекта страха может иногда являться непосредственным следствием инфаркта миокарда.

Одышка в состоянии покоя или усиливающаяся при физических нагрузках, бледность кожных покровов, акроцианоз, стремление занять вынужденное положение позволяют заподозрить острую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы при отсутствии типичных жалоб.

Немало затруднений встречается и при обследовании органов брюшной полости. Нередко у психически больных пациентов отсутствие жалоб и каких-либо субъективных ощущений приводит к тому, что первым симптомом заболевания желудочно-кишечного тракта является уже осложнение этого заболевания, например, кровотечение – первый симптом пептической язвы.

Атония желудка и кишечника встречается у малоподвижных, истощенных пациентов, что приводит к длительным запорам.

Также у психически больных наблюдается булимия. При подобной патологии часто отмечается смертельный исход, когда диагноз устанавливается на патологоанатомическом вскрытии.

Диагностика патологии со стороны желудочно-кишечного тракта затруднена также невозможностью проведения рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, фибро-гастро-дуоденоскопии, ультразвуковой диагностики органов брюшной полости в связи с психическим состоянием пациентов.

Поэтому, наблюдение за пациентами: изменение их поведения, пищевых пристрастий, характера физиологических отправления в сочетании с лабораторными методами исследования позволяет своевременно диагностировать патологию со стороны желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, изучение особенностей течения соматических заболеваний у пациентов психиатрических стационаров с учетом их психического статуса, находящихся на активном лечении психотропными препаратами, ежедневное наблюдение за поведением пациентов с учетом динамики биохимических, рентгенологических и электрокардиографических и лабораторных показателей позволяет выявить и начать лечение сопутствующей соматической патологии, отягощающей течение психического заболевания или являющейся его непосредственной причиной.

Список литературы

1. Авруцкий, Г.Я., Недува, А.А. Лечение психически больных/Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува – М.: Медицина, 1981. – 497 с.
2. Добжанский, М.С. Вопросы внутренней патологии у психически больных/М.С. Добжанский – М.: Медицина, 1973. – 296 с.
3. Райский, В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней/ В.А. Райский – М., 2006. – 356 с.

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВАХ (УЗМДУ)

¹Леонов Д.В., ²Фин В.А.

¹Национальный исследовательский университет «МЭИ»

²ФГУП НИИ точных приборов, г.Москва

По определению, информационные технологии (ИТ) – это процессы и методы получения и обработки информации. Часто под информационными технологиями понимают также технические и программные средства реализации информационных процессов. Сущность информационных технологий составляют способы получения, переработки, передачи, хранения и воспроизведения информации с помощью технических средств. Центральное место в современных информационных технологиях занимает ЭВМ (или компьютер) и её программное обеспечение.

К информационным технологиям относятся: запись и воспроизведение звука и изображения, автоматизированное проектирование, телеобработка данных, автоматическая обработка изображений, распознавание образов, поиск информации в базах данных, техническая диагностика и контроль, экспертные системы, моделирование сложных процессов в реальном масштабе времени, информационные сети, Интернет, электронная почта [1].

Подавляющее большинство публикаций по использованию ИТ в медицине посвящено компьютеризации медицинских учреждений, базам данных протоколов обследований, видеоконференциям, телемедицине и т.п. [2-4 и др.]. Вопросы же использования ИТ в диагностических и терапевтических устройствах освещены мало. Цель настоящей статьи дать краткий обзор использования ИТ в УЗМДУ. Эти диагностические устройства являются средоточием большого количества ИТ.

УЗМДУ - это медицинский локатор. В отличие от радиолокаторов, работающих в СВЧ-диапазоне длин волн, УЗМДУ работают в ультразвуковом диапазоне (1,5 – 10 МГц). Структурная схема УЗМДУ изоморфна

структурной схеме радиолокатора. По способам обработки эхосигналов УЗМДУ наиболее близки к радиолокаторам с синтезированием апертуры (РСА) (системам дистанционного радиовидения Земли (РВ)) космического базирования. Это обусловливается тем, что РСА и УЗМДУ характеризуются большим “дрейфом дальности” [5], т.е. большим искривлением изодальей. Поэтому алгоритмы обработки эхосигналов этих систем должны использовать сфокусированный синтез локационных изображений.

Так как современные РСА и УЗМДУ используют многоэлементные антенные системы (АФАР и решётки пьезоэлементов УЗ датчиков соответственно), оба эти класса устройств используют пространственно-временную обработку эхосигналов (ПВОС). ПОС состоит в когерентном суммировании эхосигналов, принятых отдельными элементами антенной системы, а ВОС – в согласованной фильтрации сигналов на фоне шумов. ПВОС более эффективна, чем только ПОС или только ВОС.

ПВОС относится к первичной обработке эхосигналов. Вторичная обработка (обработка локационных изображений) систем ЗВ и РВ состоит в дешифрировании изображений, оконтуривании однородных областей, распознавании образов, уменьшении спекл-шума (посредством некогерентного накопления изображений) и пр.

Программное изображение систем ЗВ и РВ включает базы данных для хранения изображений.

Системы ЗВ и РВ оснащаются комплексами передачи изображений и сопутствующей информации по каналам связи.

При разработке аппаратных средств систем ЗВ и РВ используются САПР схемотехнического и конструкторского проектирования.

Разработке аппаратных средств предшествует системотехническое моделирование, для которого используются пакеты компьютерной математики MATLAB и MathCAD.

Для контроля работоспособности систем ЗВ и РВ используются системы технической диагностики, использующие встроенные датчики состояния аппаратуры.

Выводы.

1. УЗМДУ являются средоточием большого количества информационных технологий.
2. УЗМДУ изоморфны РСА.
3. Системы ЗВ и РВ используют практически одинаковые ИТ.

Список литературы

1. Энциклопедия «Техника». — М.: Росмэн, 2006.
2. Информационные технологии в медицине. (Тематический сборник статей). Под ред. Г.С.Лебедева, В.В.Силаева, Ю.В.Мухина. М., Радиотехника, 2010.
3. Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
5. Кондратенков Г.С., Фролов А.Ю. Радиовидение (радиолокационные системы дистанционного зондирования Земли). Учебное пособие для ВУЗов. М., Радиотехника, 2005.

СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Верзакова О.В., Верзакова И.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ России, г.Уфа

Перфузионное давление желчного пузыря (ЖП) определяют разницей между средним артериальным давлением (АД) в пузырной артерии и давлением, которое оказывает на стенку содержимое ЖП (желчь, конкременты) [1]. Н.Ф. Федоров и соавт. (2009) приводят данные о развитии зон ишемии в стенке желчного пузыря при снижении среднего АД в ветвях пузырной артерии, что считают основным механизмом в патогенезе посттравматического гангренозного холецистита. Гемодинамическая дисфункция при травматическом шоке у собак, изученная с помощью окклюзионной трансиллюминационной вазоскопии, по данным авторов приводила к возникновению зоны ишемии в 76,71% наблюдений, когда среднее АД в сосудах дна ЖП было менее 24 мм рт. ст., и во всех наблюдениях, когда оно уменьшалось до 21 мм рт. ст. и ниже. Однако методика трансиллюминационной вазоскопии для измерения давления крови в сосудах полых органов является инвазивной, предполагающей введение острого наконечника в полость исследуемого органа, проводится интраоперационно, используется преимущественно в оценке кровоснабжения стенки кишки с целью определения

границы ее некроза при резекциях. Методика трансллюминационной вазоскопии основана на оценке нарушения гемодинамики по сосудам посредством определения качественных признаков: характера потока крови (пульсирующего и т.д.), типа заполняемости артерии и вены после декомпрессии изучаемого участка органа, что визуально констатируется исследователем в световом потоке. В то же время изучение авторами нарушений кровообращения, развивающихся в стенке ЖП, проводилось вне зависимости от давления в его полости. Давлением содержимого ЖП на стенку пренебрегали, приняв его равным нулю.

Другим механизмом развития ишемии стенки желчного пузыря может стать ухудшение гемодинамики в пузырной артерии в результате повышения внутрибрюшного давления (компрессия сосуда извне) или при увеличении внутрипузырного давления (компрессия сосуда изнутри полости пузыря), о чем в доступной литературе имеются единичные сообщения [6].

С другой стороны, в последние десятилетия в исследовании гемодинамики по сосудам все шире и шире используются ультразвуковые доплеровские методы. Так, доплеровская картина у пациентов с острым калькулезным холециститом характеризовалась появлением в режиме ЦДК сосудистых сигналов в III и IV сегментах желчного пузыря, тенденцией к снижению общего периферического сопротивления и повышением скорости кровотока в пузырной артерии и ее ветвях в режиме импульсноволновой доплерографии [3]. Это происходит за счет реакции микрососудистого русла, характерной для начальной фазы артериальной гиперемии в рамках инфильтративного компонента воспаления. В данном случае это означает, что наряду со сложным механизмом развития нарушений кровообращения в стенке ЖП имеет место влияние избыточного давления на стенки сосуда инфильтративно- измененной тканью. В литературе имеются ограниченные сведения об изменении кровотока в висцеральных ветвях аорты и сосудах стенки ЖП при обтурационном холецистите [2].

Целью нашей работы было изучение зависимости изменений гемодинамики по сосудам желчного пузыря методом ультразвукового дуплексного сканирования от уровня внутрипузырного давления.

На I этапе работы необходимо было определить способ измерения давления в полости желчного пузыря. Измерение внутрипузырного давления во время операции мы проводили с помощью устройства, аналогичному для измерения центрального венозного давления. По величине центрального венозного давления реаниматологи рассчитывают объем необходимой трансфузионной терапии [5]. Существуют неинвазивные и инвазивные способы определения величины центрального венозного давления (ЦВД). Так, неинвазивным способом расчетную величину ЦВД вычисляют по оригинальной математической формуле на основе определения величины систолического и диастолического артериального давления и показателя гематокрита [5]. Определение ЦВД инвазивным способом предусматривает использование специальных устройств. Так, Ломиворотов В.Н. и соавт. (2002) для определения величины центрального венозного давления использовали устройство, которое содержит полихлорвиниловую трубку для введения в полую вену, градуированную шкалу с ценой деления 1 мм рт.ст., к которой прикреплена концами вниз U-образная стеклянная трубка, верхняя точка которой находится на отметке шкалы в 5 мм рт.ст., а "ноль" расположен на уровне правого предсердия, и стерильный резервуар.



Рис.1. Аппарат для измерения центрального венозного давления, инфузионная система одноразовая

Устройство для измерения внутрипузырного давления в полости ЖП, использованное в наших исследованиях, состоит из следующих элементов:

- градуированной шкалы для измерения центрального венозного давления с ценой деления 5 мм водного столба, в центре которой по длине шкалы имеется желоб для установки полихлорвиниловой трубки от инфузионной системы однократного применения с иглой (Рисунок 1);

- инфузионной системы однократного применения;

- функциональной иглы для лапароскопической хирургии.

Порядок проведения интраоперационного измерения внутрипузырного давления в полости ЖП (в стерильных условиях операционной):

1) инфузионная система однократного применения используется после удаления капельной камеры, таким образом, формируется свободный конец полихлорвиниловой трубки

2) посредством шприца проводится забор 10-20 мл стерильного физиологического раствора (0,9% раствора хлорида натрия) и стерильного любого красящего вещества (водного или спиртового 1% раствора бриллиантового зеленого, или 5% спиртового раствора йода и т.д.) в количестве 1-2 мл до образования окрашенного оттенка содержимого шприца

3) на резинку инфузионной системы однократного применения накладывается зажим, роликовый регулятор открывается, инфузионная система посредством прокола концевой резинки иглой от шприца заполняется окрашенным физиологическим раствором на 2/3 длины (Рисунок 2а).

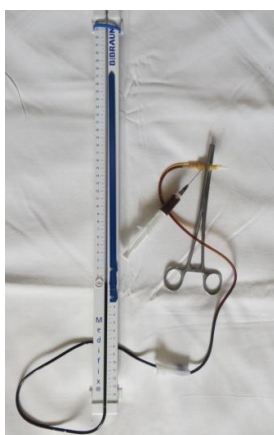


Рис.2. (а,б,в) Заполнение инфузионной системы красящим веществом и установка аппарата для измерения ЦВД по отношению к пациенту

4) полихлорвиниловая трубка от инфузионной системы однократного применения устанавливается в желоб градуированной шкалы для измерения центрального венозного давления таким образом, чтобы конечный уровень окрашенного физиологического раствора соответствовал нулевому делению градуированной шкалы (Рисунок 2б);

5) градуированная шкала устройства для измерения центрального венозного давления устанавливается в вертикальном положении рядом с пациентом, лежащим на операционном столе, при этом нулевое деление градуированной шкалы находится на уровне расположения ЖП, что контролируется с помощью специальной планки (Рисунок 2в);

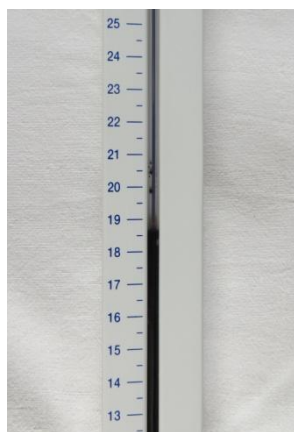


Рис.3. Уровень окрашенного раствора устанавливается в соответствии с величиной внутрипузырного давления

б) перед пункцией ЖП хирург соединяет полихлорвиниловую трубку инфузионной системы однократного применения с пункционной иглой, далее пунктируется ЖП;

7) в момент снятия зажима с резинки инфузионной системы однократного применения уровень окрашенного раствора в полихлорвиниловой трубке устанавливается в соответствии с величиной внутрипузырного давления, что фиксируется в мм водного столба. (Рисунок 3)

Предлагаемый нами способ измерения внутрипузырного давления не предполагает использования специальной аппаратуры, требующей немалых финансовых вложений, применяются устройства и инструменты из табеля оснащения лечебного учреждения среднего уровня, что в затруднительных условиях финансирования научных исследований, тем не менее, дает возможность получить количественную информацию о величине внутрипузырного давления и определить имеющиеся тенденции его изменения, несмотря на существующие более точные способы измерения.

Список литературы

1. Гемодинамическая дисфункция при травматическом шоке и острый бескаменный холецистит / Федоров Н.Ф., Столяров И.С., Кокуркин Г.В., Павлова В.С. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – т. 14, № 1. – С.63-67.
2. Макарьева М.Л. Состояние печеночного кровотока при холедохолитиазе и механической желтухе: Автореф. Дис.... К.м.н. – Уфа, 2008. – 23 с.
3. Митьков В.В., Митькова М.Д., Мумладзе Р.Б. Возможности доплеровских методик исследования в диагностике воспалительных заболеваний желчного пузыря // *Ультразвуковая диагностика*. – 2000. – № 1. – С.5-14.
4. Способ контроля за центральным венозным давлением в условиях окклюзии верхней полой вены и устройство для его осуществления / В.Н. Ломиворотов, С.П. Витязев, А.В. Шунькин, Е.Б. Семаев, Г.П. Жданов, С.Н. Прохоров (РФ). №99102616/14; заявлено 11.02.99; опубл. 27.02.02.
5. Способ определения центрального венозного давления / М.В. Лысенко, В.В. Савостьянов, В.В. Кузин, Н.А. Ефименко, А.Л. Сухоруков (РФ). №2002113693/14; заявлено 27.05.02; опубл. 20.10.03.
6. Тимербулатов Ш.В. Диагностика и лечебная тактика при синдромах внутривисцеральной гипертензии в абдоминальной хирургии: Автореф. Дис.... Д.м.н. – Уфа, 2013. – 46 с.

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

СЕКЦИЯ №20.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)

СЕКЦИЯ №21. МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ У РАБОТАЮЩИХ

Баттакова Ш.Б., Аманбеков У.А., Ибраева Л.К., Фазылова М-Д.А.

РГКП «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний»
МЗСР Республика Казахстан, г. Караганда

Выявлена дисфункция вегетативно-сосудистой системы с поражением нервно-мышечного аппарата, характеризующимся электрофизиологическим полиморфизмом, степенью поражения нервных стволов у горнорабочих с сочетанной патологией.

Ключевые слова: нервно-мышечный аппарат сочетанная патология, вегетативная нервная система, горнорабочие.

Болезни периферической нервной системы составляют по статистическим данным различных стран от 20 до 57% всех заболеваний нервной системы [1, 3]. У больных с сочетанной патологией чаще диагностируются дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике [2, 4]. Неврологические проявления вибрационной болезни в сочетании с радикулопатией являются распространенной патологией, которая ведет к длительной утрате трудоспособности и к социальной дезадаптации лиц зрелого возраста, несмотря на отсутствие у них грубого морфофункциональных нарушений [5].

До настоящего времени остаются малоизученными вопросы ранней диагностики заболевания периферического звена двигательного анализатора в частности, вопросы патогенеза развития нарушений вегетативной нервной системы, не раскрыты некоторые механизмы нарушений сенсомоторной системы сегментарного аппарата спинного мозга и вышестоящих отделов нервной системы при формировании различных форм клинических проявлений сочетанной патологии.

Цель: оценить состояние вегетативной нервной системы и нервно-мышечного аппарата при сочетании вертеброгенной патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника с вибрационной болезнью у горнорабочих.

Объект и методы исследования.

Объектами исследования явились 83 горнорабочих АО «Испат-Кармет, с сочетанной патологией (вертеброгенная патология и вибрационная болезнь), находившихся на обследовании и лечении в Национальном центре гигиены труда и профзаболеваний г. Караганды, средний возраст которых составил $46,3 \pm 0,4$; стаж $20,1 \pm 8,5$. Были обследованы больные с вибрационной болезнью II ст. и хронической радикулопатией (корешково-компрессионный умеренно-выраженный болевой синдром).

Для выполнения поставленных задач были проведены исследования состояния вегетативной нервной системы и нервно-мышечного аппарата, которые сравнивались с физиологическими нормами.

Результаты исследования выявили, как вегетативная нервная система реагирует на воздействие комплекса производственных факторов. По данным кардиоваскулярных тестов у больных с сочетанной патологией выявлены выраженные изменения сегментарного отдела вегетативной нервной системы (ВНС) (по данным коэффициента Вальсальвы). Данные анкетного опроса показали, что у 56 больных с сочетанной патологией (85%) ($P < 0,001$) - СВД разной степени выраженности. Результаты исследования тонууса вегетативной нервной системы по данным вегетативного индекса (ВИ) Кердо ($P < 0,5$) показал, что у больных с сочетанной патологией выявлено достоверное преобладание парасимпатического тонууса ВНС. Изменение коэффициента Хильдебранта ($P < 0,01$) составил у больных с сочетанной патологией и свидетельствует о рассогласовании в деятельности отдельных висцеральных систем.

Оценка вегетативной реактивности у больных с сочетанной патологией (СП) показала, что нормальные реакции наблюдаются в 24,9% ($P < 0,001$) случаев, повышенные - у 12,8%, пониженные в 62,3% случаев ($P < 0,001$), инвертированный тип реакции был обнаружен у большинства обследуемых этой группы в 34,3% ($P < 0,01$) случаев.

Результаты исследования состояния вегетативной реактивности выявили у горнорабочих с ВБ II ст. и СВП (в стадии не резко выраженных клинических проявлений) снижение вегетативной реактивности, проявляющейся

нормальной реакцией в 42,6% ($P < 0,001$) случаев, повышение ее в 6,3% случаев. В общем парасимпатическая реакция наблюдалась в 48,9% ($P < 0,001$) случаев, преобладала симпатическая реакция на пробу, которая выявлена у 51,1% ($P < 0,001$) горнорабочих. Эти изменения обусловлены напряжением симпатической и повышением парасимпатической регуляции сегментарного звена ВНС. Оценка вегетативной реактивности у горнорабочих с ВБ II ст. и СВП (с умеренно выраженным болевым синдромом) показала, что нормальные реакции наблюдаются в 24,9% ($P < 0,001$) случаев, повышенные у 12,8%, пониженные в 62,3% случаев ($P < 0,001$). Выявленные изменения у этой категории обследуемых позволяют нам предположить, что они обусловлены перенапряжением симпатической и напряжением парасимпатической вегетативной регуляции с преобладанием явления ваготонии.

Выявлено снижение количества лиц с нормальным вегетативным обеспечением деятельности от 37,5% ($P < 0,01$), до 15,4% ($P < 0,001$) случаев у больных с сочетанной патологией, увеличение количества лиц с недостаточным вегетативным обеспечением наблюдалось до 37,5% ($P < 0,001$) больных.

Для оценки вегетативной обеспеченности деятельности организма у горнорабочих с ВБ II ст. и СВП исследовали показатели ортостатических реакций. Выявлено снижение у лиц с нормальным вегетативным обеспечением деятельности от 35,6% ($P < 0,01$) и особенно до 14,1% ($P < 0,001$) случаев у ВБ II ст. и СВП (в стадии не резко выраженных клинических проявлений) и с ВБ II ст. и СВП (с умеренно выраженным болевым синдромом), соответственно. Увеличение количества лиц с недостаточным вегетативным обеспечением до 36,7% ($P < 0,001$) наблюдалось в группе обследуемых с ВБ II ст. и СВП (с умеренно выраженным болевым синдромом).

По результатам электрофизиологических исследований нами установлено, что у больных сочетанной патологией при максимальном произвольном сокращении регистрировались высокочастотные, асинхронные колебания потенциалов (50-100), которые соответствовали гиперсинхронному типу.

Исследование функционального состояния периферического нервно-мышечного аппарата проводилось с различной степенью выраженности болевого синдрома при вертеброгенной патологии. При этом определяли состояние афферентной и эфферентной части моносинаптической рефлекторной дуги.

Анализ амплитудных показателей электронейромиографии (ЭНМГ) показал наиболее выраженное снижение их в проксимальных отделах по сравнению с дистальными.

Скорость проведения импульса (СПИ) по двигательным и сенсорным волокнам периферических нервов нижних конечностей была достоверно ниже контрольных значений. При этом наибольшее снижение скорости отмечалось по сенсорным волокнам. Снижение СПИ по сенсорным и двигательным волокнам, а также амплитуды дистальной М-ответа, свидетельствуют об аксональном поражении периферических нервов. Отмечены выраженные изменения величины СПИ по эфферентным волокнам (по малоберцовому на 22%; по большеберцовому нерву на 34%). Снижение СПИ по афферентным и эфферентным волокнам, с одновременным уменьшением амплитуды М-ответа, свидетельствует о нарушении проводимости на сегментарном уровне нервно-мышечного аппарата.

Амплитуда Н-рефлекса снижалась (по большеберцовому нерву на 78%, по малоберцовому нерву на 65%) и сопровождалось уменьшением амплитуды М-ответа (по большеберцовому нерву на 63% и на 44% по малоберцовому нерву), наиболее выраженным при поражениях большеберцового нерва, что свидетельствует не только о изменении в сегментарном аппарате спинного мозга, но и в вышестоящих структурах нервной системы.

У всех больных определялось увеличение F-волны и снижение ее амплитуды. При оценке латентности и амплитуды F-волны обнаружено увеличение латенции и снижение амплитуды, что указывало на демиелинизирующий характер поражения спинового корешка.

Таким образом, с помощью ЭНМГ у больных было выявлено поражение, как проксимальных, так и двигательных волокон пояснично-крестцового сплетения, носившее аксонально-демиелинизирующий характер с преобладанием процесса демиелинизации в проксимальных отделах (спинномозговой нерв) и процесса аксонального повреждения в дистальных.

Исходя из вышесказанных результатов исследования, можно говорить о двух типах поражения при радикулопатии: первый тип характеризуется преобладанием снижения СПИ по двигательным волокнам поврежденных нервов (на 30% и более) над снижением амплитуды М-ответа, что свидетельствует о преимущественном повреждении аксона (осевого цилиндра)- аксонопатия; во втором типе отмечалось выраженное снижение амплитуды М-ответа (на 50% и более) при незначительном снижении СПИ по двигательным волокнам, что рассматривается как преимущественное поражение миелиновой оболочки (миелинопатия).

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных с сочетанной патологией ВБ и неврологическими проявлениями пояснично-крестцового остеохондроза регистрируются значительные функциональные изменения ВНС, захватывающие не только периферические вегетативные образования, но и сегментарные и надсегментарные центры. Вероятно, нормализация вегетативного гомеостаза под контролем

вышеприведенных тестов у этих больных, будет иметь существенное значение в профилактике обострений и рецидивов ВБ и СВП.

Следует отметить что, исследования можно использовать при разработке критериев нейромышечных расстройств у больных с вертеброгенной патологией пояснично-крестцового отдела позвоночника в сочетании с вертеброгенной патологией.

Список литературы

- 1 Алтухова Т.Н. // Автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук Самарский гос. мед. ун.-Самара.- 2002.-21с.
- 2 Булавина М.В., Пустовая Н.Г., Косорогова Н.С., Решетенко И.Н. // Медицина труда и промыш. экология.- 2008. - № 1.- С.12-16.
- 3 Габуяни Р.И., Колесников Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике // Руководство для врачей.- М.: Медицина, 2010.- С. 307-318.
- 4 Скоромец А.А., Скоромец Т.А., Шумилина А.П. Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов // Неврологический журнал.- 2007. - №6. – С. 53-55.
- 5 Любченко П.Н., Сорокина Е.В. // Медицина труда и промыш.экология - 2013. - № 2. - С. 28 - 32.

СЕКЦИЯ №22.

НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)

СЕКЦИЯ №23.

НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)

СЕКЦИЯ №24.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ МИАСТЕНИИ

Дударев И.В., Гончарова З.А., Милованова О.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Миастения (MG) - хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется развитием патологической мышечной слабости различных групп мышц, утомляемостью на фоне физической нагрузки, отмечается улучшение самочувствия после отдыха [1, 5, 8].

MG тяжелое заболевание с разнообразным клиническим проявлением и прогрессирующим кризовым течением, что зачастую приводит к снижению трудоспособности и инвалидизации. Распространенность заболевания составляет от 5 до 10 на 100 тыс. населения [8]. Заболевание дебютирует в любом возрасте. Чаще болеют женщины, чем мужчины. В более молодом возрасте соотношений 3:1, в старшей возрастной группе половое соотношение выравнивается [1,9].

В патогенезе MG ведущую роль занимает образование аутоантител (АТ), среди которых выделяют АТ к ацетилхолиновым рецепторам (АХР) постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса. Их выявляют у 80-90% пациентов с генерализованной формой заболевания — серопозитивная MG.

Актуальность MG (как-то коряво написано) среди неврологической патологии в настоящее время возрастает, так как при установлении диагноза допускается множество диагностических ошибок, заболевание распознается на поздних этапах. Активно проводятся исследования этиологии, иммунного статуса заболевания, выявляются новые аутоантитела, что позволяет более дифференцировано подходить к лечению. Терапия при миастении симптоматическая и патогенетическая, направленная на компенсацию дефекта нервно-мышечной передачи, коррекцию иммунных нарушений. Одним из наиболее эффективных методов лечения миастении является плазмаферез (ПФ), активно применяемый при обострении заболевания, тяжелом течении, развитии

кризов, при подготовке к тимэктомии. ПФ обладает как быстрым клиническим эффектом в течении 24 часов, так и пролонгированным — до 4-6 месяцев.

Известно, что ПФ, как метод экстракорпоральной гемокоррекции, основанный на замене плазмы крови больного компонентами, препаратами крови и (или) кровезаменителями, характеризуется рядом установленных и предполагаемых механизмов, которые в настоящий момент активно изучаются [13, 14]. Так, к установленным механизмам действия ПФ следует отнести удаление или уменьшение содержания избытка антител и липопротеинов, моноклональных иммуноглобулинов, приводящих к гипервязкости [10]. Предполагаемые механизмы действия ПФ сводятся к удалению или уменьшению содержания циркулирующих комплексов, факторов, взаимодействующих с системой мононуклеарных фагоцитов, плазменных факторов, усиливающих тканевое повреждение (медиаторы воспаления, комплементарные факторы, фибриноген, белки “острой” фазы) [7]. К предполагаемым факторам действия ПФ многие авторы также относят взаимодействие с иммунными клетками, снижение содержания в плазме белково-связанных эндогенных токсических субстанций [11]. К другим механизмам действия ПФ относят возмещение дефицитных плазменных факторов, нормализацию отношения CD4+/CD8+, ликвидацию блокады макрофагов, взаимодействие с чужеродными поверхностями перфузионного контура (активация комплемента и др.), гемодилюцию, а также деплазмирование эритроцитов и эффект placebo [12,15].

По сравнению с другими экстракорпоральными операциями характер эффекта ПФ в большей степени зависит от объема и качества плазмозамещения. В силу этого экстракорпоральная операция может иметь преимущественно дезинтоксикационную, иммунокорректирующую и реокорректирующую направленность [3].

Цель исследования: улучшить эффективность терапевтического плазмафереза у пациентов с миастенией, разработать новую методику проведения процедуры. Оценить клинические данные у пациентов после курса лечения и в динамике через 6 месяцев.

Материалы и методы: с 2012 года по 2014 год в неврологическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета проходило лечение 67 пациентов, из них 21 мужчина (31,3%). Возраст пациентов варьировался от 18 до 69 лет ($48\pm 9,4$). У всех пациентов, находившихся под наблюдением, была диагностирована генерализованная форма миастении. Больные находились на стационарном лечении в отделении в период обострения. Всем исследуемым проводилось комбинированное лечение: пероральный прием глюкокортикостероидов (метипред 4 мг в дозировке 0,4-1 мг/кг), антихолинэстеразных препаратов (калимин 60мг 1 таб. 3-4 раза в день), в сочетании с курсом плазмафереза. А также базовая терапия — препараты калия, витамины группы В, калийсберегающие диуретики. Для оценки тяжести состояния использовалась количественная шкала QMGS (Varohn R.J. et. al. 1998г.) при поступлении и при завершении курса лечения, на фоне отмены приема антихолинэстеразных препаратов не менее чем за 4 часа. В результате осмотра оценивалось поражение бульбарной, глазодвигательной, мимической, дыхательной мускулатуры, мышц проксимальных и дистальных отделов конечностей. Диапазон показателя тяжести составлял от 0 до 39 баллов (от 1-13 баллов - умеренно выраженная симптоматика, 14-25 балла – средне-тяжелое состояние, 26-39 тяжелое состояние). Эффект от проводимого лечения расценивалось при изменении показателя. Проводилась сравнительная характеристика пациентов в двух группах, согласно проводимому протоколу ПФ.

При выполнении терапевтического ПМ у пациентов с МГ с удалением более 800 мл плазмы, в том числе у больных с лабильной кардиогемодинамикой (малыми параметрами объема циркулирующей крови (ОЦК) и объема циркулирующей плазмы (ОЦП)) - ПФ проводили на фракционаторе крови MCS 3p НАEMONETICS. С этой целью использовали следующие протоколы MCS 3p: Platelet Poor Plasma (PPP), Therapeutic Plasma Exchange (TPE), Fresh Frozen Plasma (FFP). В качестве антикоагулянта применяли стандартные рецепты: ACD-A (соотношение 1:12), Acid-CPD (соотношение 1:12), АВ-16 (соотношение 1:16), ACD-16 (соотношение 1:16). С целью оценки эффективности проводимой экстракорпоральной терапии распределение пациентов было следующим: в первую группу вошли 34 человек, которым ПФ проводился курсом 5 сеансов с интервалом в 3 дня в течении двух недель, с объемом эксфузируемой плазмы за сеанс не менее 30-40% (ОЦП). При этом целевая эксфузия плазмы за курс в первой группе составила не менее 1.8-2.0 ОЦП. Вторую группу составили пациенты (33), которым проводился высокообъемный ПФ (объем эксфузированной плазмы 40-60% ОЦП за сеанс) и кратностью не менее 3 процедур с целевой эксфузией плазмы не менее 1.2 ОЦП. При этом компенсация объема циркулирующей крови (ОЦК) во всех группах проводилась растворами кристаллоидов и 10% альбумином с расчетом достижения после каждой процедуры безопасного уровня общего белка крови не менее 55 г/л.

Результаты: при поступлении у 63 пациентов из исследуемых отмечалось преобладание генерализованной мышечной слабости, у 52 развились грубые глазодвигательные нарушения (птоз, диплопия), у 42 — бульбарные нарушения, у 10 слабость краниальных мышц. В первой группе при проведении оценки тяжести по шкале QMGS

показатель составил от 11 до 30 баллов, во второй группе - группе от 13 до 29 баллов. На этапе госпитализации пациенты были равномерно распределены по группам согласно тяжести состояния.

После проведения курса ПФ выраженное улучшение отмечались в первой группе у 70 % пациентов, во второй у 48,5%. Зарегистрирован быстрый регресс бульбарной симптоматики, дыхательных нарушений, уменьшение птоза, слабости мимической мускулатуры. При оценке состояния в динамике через 6 месяцев стабильный достигнутый эффект сохранялся у 88,5% пациентов в первой группе. Ухудшение состояния было у 3 (8,8%) пациентов. Во второй группе через полгода ухудшение состояния зарегистрировано у 14 пациентов (42,4%).

В первой исследуемой группе 13 (38%) пациентов в течение 6 месяцев смогли перейти на монотерапию антихолинэстеразными препаратами, постепенно отменив глюкокортикостероиды, во второй группе этот показатель составил 3 (9%) человек.

Выводы: В первой клинической группе указанные позитивные эффекты от проводимой терапии с использованием ПФ характеризовались отчетливым регрессом неврологической симптоматики и сохранялись на протяжении 9-12 месяцев, тогда как во второй клинической группе эффективность проводимой терапии в среднем не превысила 4-6 месяцев и потребовала дополнительных лечебных мероприятий.

Таблица 1

Оценка тяжести клинические проявления миастении согласно количественной шкале QMGS на этапах исследования.

	Начальный уровень			После проведения ПФ			Через 6 месяцев после ПФ		
	0-136	14-256	26-396	0-136	14-256	26-396	0-136	14-256	26-396
1 группа	2	15	17	26	6	2	23	8	3
2 группа	1	14	18	17	12	4	3	21	9

Список литературы

1. Агафонов Б.В. Миастения и врожденные миастенические синдромы / Агафонов Б.В., Котов С.В., Сидорова О.П., М.: Медицинское информационное агенство. - 2013. - 224с.
2. Дроздова Л.Н. Диагностика и лечение дискретным плазмаферезом миастении / Дроздова Л.Н., Плотникова В.М. // Электронный сборник научных трудов « Здоровье и образование в XXI Веке», 2011. - №12. Т13 - с.557
3. Конюхова С.Г. Влияние плазмафереза на активность процессов перекисного окисления липидов при перитоните / С.Г. Конюхова, А.Ю. Дубикайтис, Л.В. Шабуневич и др. // Анест. и реанимат. 1993. - №. 3. -С. 62-65.
4. Короткевич Е.А. Терапия миастении гравис с применением модифицированных методов экстракорпоральной коррекции гемостаза // Короткевич Е.А., Бурская В.В, Кирковский Е.В. и соавт. // Неврология и нейрохирургия в Беларуси, 2009. - №2 (02). - с. 39-49
5. Лобзин С.В. Миастения: диагностика и лечение / под ред. Лобзина С.В. - СПб: СпецЛит, 2015. - 160с.
6. Меркулова Д.М. Алгоритм диагностики и лечения кризовых состояний у больных миастенией гравис / Меркулова Д.М.// 2012г. Журн. №1 Лечение заболеваний нервной системы, 2012. - №1. - с. 9 -15
7. Румянцев А.Г. Клиническая трансфузиология / А.Г. Румянцев, В.А. Аграненко. - М.: ГЭОТАР Медицина. 1997. - с.575
8. Санадзе А.Г. Миастения и миастенические синдромы: руководство. - М. : Литтера, 2012. - 256с.
9. Сепп Е.К. Миастения / Е.К. Сепп, В.Б. Ланцова. - М., 2002 - 64с.
10. De Palo T. Therapeutic apheresis in children: experience in a pediatric dialysis center / De Palo T, Giordano M, Bellantuono R, et al. // Int J Artif Organs. - 2000 – Vol.23(12). - P. 834–839.
11. Gardlund B. Plasma levels of cytokines in primary septic shock in humans: correlation with disease severity /Gardlund B., Sjolín J., Nilsson A. et al. // J. Infect. Dis. – 1995. – Vol. 172. – P. 296–301.
12. Haupt W. Selective cytokine release induced by serum and separated plasma from septic patients / Haupt W., Fritzsche H., Hohenberger W., Zirngibl H. // The European journal of surgery. - 1999. - Vol.162 (10). - P.769-769.
13. Larson D.F. Plasmapheresis during cardiopulmonary bypass: A proposed treatment for presensitized cardiac transplantation patients /Larson D.F., Elkund D.K., Arabia F. et al. // Journal of Extra-Corporeal Technology, 1999. - Vol.31(4). - P.177-183
14. Madan A.K. Treatment of antibody-mediated accelerated rejection using plasmapheresis / Madan A.K., Slakey D.P., Becker A., et al.// Journal of Clinical Apheresis, 2000. - Vol.15(3). - P. 80-183

СЕКЦИЯ №25. НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)

СЕКЦИЯ №26. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ

¹Яшин А.А., ²Сивохина О.А., ²Леванов В.М., ²Гриб М.Н.

ГБУЗ НО «Дзержинский противотуберкулёзный диспансер», г.Дзержинск, ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Нижний Новгород

Заболеваемость населения - важнейший показатель общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных врачами болезней среди населения в целом и в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинской организации, органа здравоохранения.

Болезни органов дыхания (БОД) широко распространены во всем мире, вызывают огромные потери для общества в связи с заболеваемостью, значительным социальным и экономическим бременем, как для отдельного индивидуума, так и для общества в целом. Высокая распространенность, прогрессирующее течение определяют высокую социальную значимость данной группы заболеваний [1].

Основными факторами риска являются загрязнение окружающей среды, табакокурение, повторные респираторные инфекционные заболевания [4].

Распространенность бронхо-легочных заболеваний будет увеличиваться, что обусловлено воздействием факторов риска и изменением возрастной структуры населения, увеличением средней продолжительности жизни позволяет большему числу людей достичь возраста, при котором обычно развиваются хронические болезни легких [3].

Углубленный анализ этих показателей позволяет выявить основные факторы риска и разработать обоснованные управленческие решения.

Показатели заболеваемости взрослого населения Нижегородской области (НО) превышали общероссийские в 1,2-1,3 раза и составляли в 2009 г. – 1360,85, а в 2013 г. – 1439,25, рост на 5,7%. Заболеваемость БОД по районам НО с 2009 г. за 5 лет имеет тенденцию к увеличению на 3,9%, но остается ниже среднеобластных показателей на 1000 населения (Рисунки 1, 2) [2].

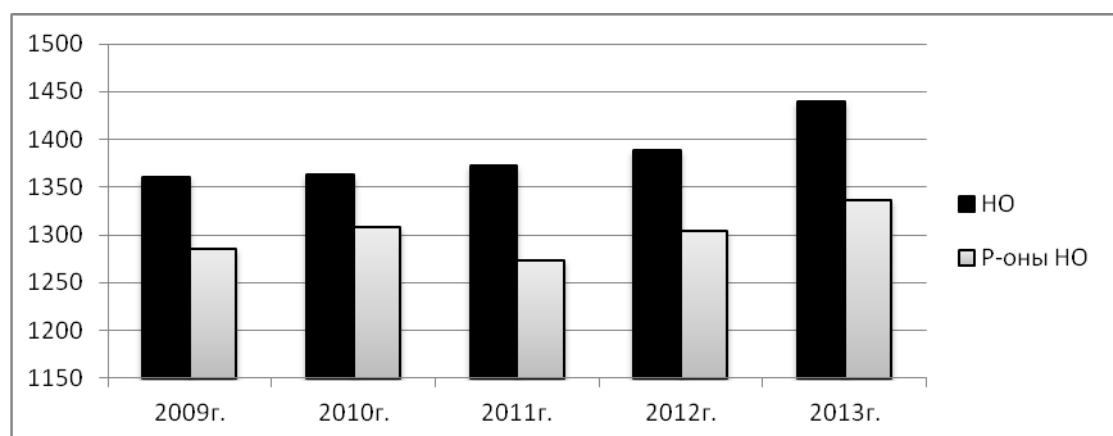


Рис.1. Динамика заболеваемости взрослого населения БОД в Нижегородской области.

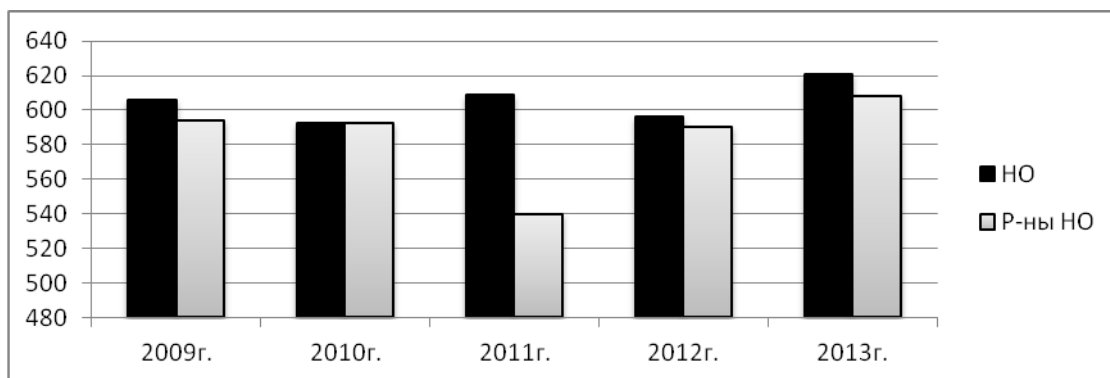


Рис.2. Динамика первичной заболеваемости БОД.

В ряде районов области заболеваемость превышает средние областные показатели.

По анализу зарегистрированных случаев БОД отмечается увеличение показателя заболеваемости на 9,8%, в т.ч. впервые выявленных - на 10,4%.

В структуре - БОД составляют 26,05% в 2009 г., 28,34% - в 2013 г., впервые выявленные 44,5% и 47,43% соответственно (Рисунок 3).

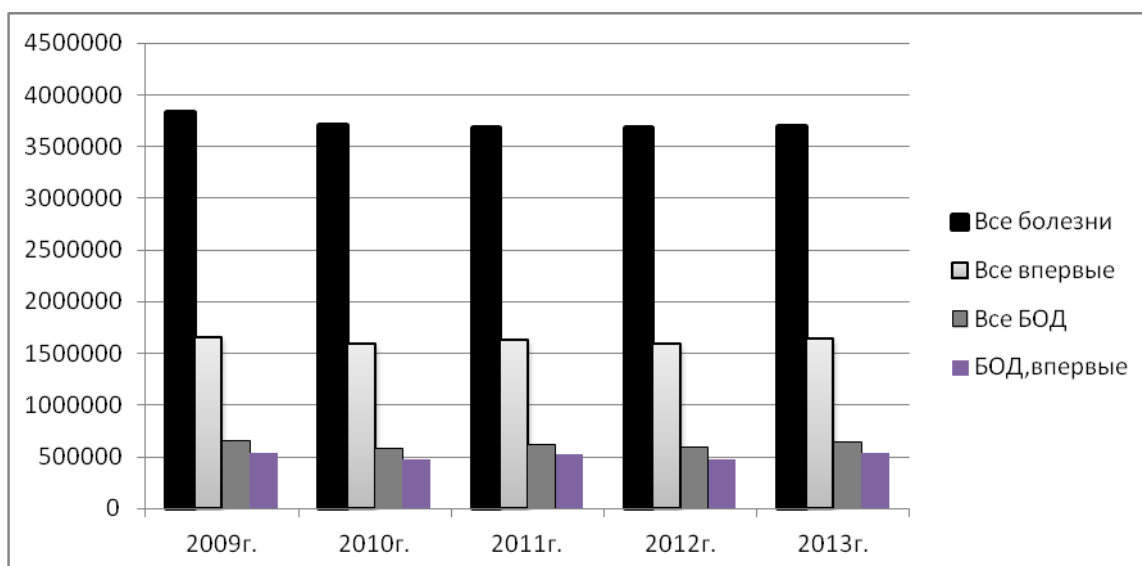


Рис.3. Динамика зарегистрированных случаев болезней органов дыхания, в т.ч. впервые в жизни.

В структуре первичной заболеваемости БОД занимают ведущее место, в структуре распространенности - второе.

На БОД приходится в 2009 г. 17,8%, в 2013 г. - 16,7% от всей патологии, 32,8% и 32,2% соответственно от первичной заболеваемости, что выше показателей по РФ на 9,9% в 2009 г. и 5,5% в 2013 г. (Рисунок 4).

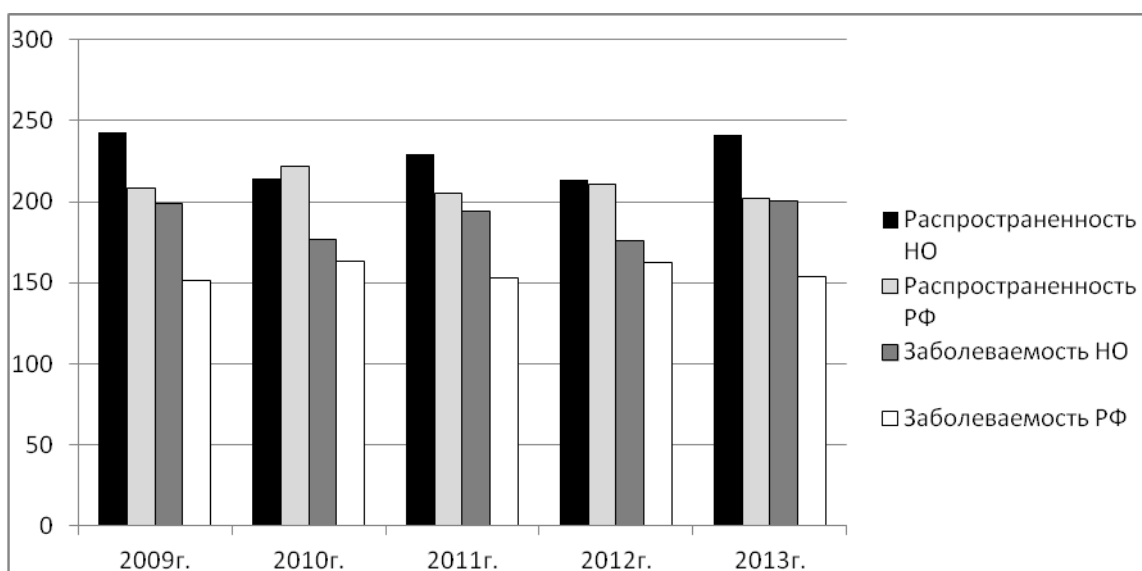


Рис.4. Показатели распространенности и первичной заболеваемости БОД в Нижегородской области и РФ.

Анализ распространенности за период 2009-2013 гг. не выявил тенденции к снижению или росту заболеваемости (2009 г. - 243,16; 2013г. - 241,03). Отмечается уменьшение частоты новых случаев в 2010 г. на 12% с последующим ростом в 2011 г. на 9%, уменьшением на 8,9% в 2012 г. В 2013 г. вновь наблюдается увеличение заболеваемости на 13,5%, что говорит о недостатках работы медицинских организаций в разделах профилактики и лечебно-диагностической помощи пациентам.

За этот же период заболеваемость БОД уменьшилась на 9%, а первичная заболеваемость была стабильной, на уровне 151,14 в 2009 г., 153,42 в 2013 г.

Наибольший интерес представляет изучение динамики по отдельным нозологиям. За анализируемый период распространенность хронического бронхита увеличилась в области в 1,94 раза (с 10,46 в 2009 г. до 20,22 в 2013 г. на 1000 населения), тогда как в районах в 1,7 раза (с 10,04 до 17,25 соответственно).

Показатели распространенности БОД среди старшей возрастной группы имеют тенденцию к росту как в целом по НО в 1,3 раза (с 1398,3 в 2009 г. до 1818,3 в 2013 г.), так и по районам области - в 1,2 раза. Среди всех заболеваний распространенность БОД среди старшей возрастной группы занимает второе место после болезней системы кровообращения и составляют в структуре заболеваемости 11,7%, а по первичной заболеваемости БОД занимают первое место, что в структуре составляет 27%.

В заключение следует отметить, что анализ заболеваемости по обращаемости не в полной мере отражает истинную картину состояния здоровья населения, так как в настоящее время обращаемость за медицинской помощью зависит от многих факторов: медицинская активность населения, доступность и качество медицинской помощи, мотивация населения, состояние пульмонологической службы, возможность обращения в частные медицинские службы.

Выводы:

1. Заболеваемость болезнями органов дыхания в Нижегородской области на протяжении 5 лет сохраняется на высоком уровне, и превосходят показатели по Российской Федерации.
2. В структуре распространенности болезней взрослого населения Нижегородской области по основным классам БОД занимают второе место, в структуре первичной заболеваемости - первое место.
3. Из хронических бронхо-легочных заболеваний взрослого населения ведущей нозологией является хронический бронхит, что подтверждается увеличением заболеваемости в течение 5 лет в 1,94 раза.

Список литературы

1. Какорина Е.П., Ефимов Д.М., Чемякина С.Д. Современные аспекты смертности населения Российской Федерации от болезней органов дыхания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - № 1. - С. 3-9.
2. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2013 год / под ред. А.А. Коновалова, Л.Е. Варёновой. Н. Новгород, 2014. – 232 с.
3. Стекольников Л.В. Болезни органов дыхания как причины смертности населения трудоспособного возраста // Вестник Чувашского университета. - 2012. - № 3. - С. 507-512.

4. Чучалин А.Г. Болезни органов дыхания и табакокурение // Терапевтический архив. - 2009. Т. 81, № 3. - С. 5-8.

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ИНФОРМАЦИОННО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Дударев И.В., Варданян Н.Б.

Ростовский государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону

Финансирование медицины по остаточному принципу на протяжении долгих лет советской эпохи сыграло свою негативную роль. Как результат – практически полная изношенность медицинского оборудования, требующие капитального ремонта здания больниц, поликлиник, острая нехватка кадров вследствие низких зарплат. Именно в начале 90-х, наступил переломный момент, требующий кардинальных изменений. Государство стояло перед дилеммой: или медицина для всех без исключения станет платной (а это было бы доступно лишь 10 процентам россиян), или удастся сохранить бесплатную, доступную медицину. Но при этом необходимо было менять принцип финансирования, заинтересовать медицинских работников в результатах своего труда. В то время участники новой системы еще не были известны.

Страховая компания, имеющая лицензию на осуществление ДМС, заключает договора с лечебными учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным. После чего предлагает фирмам-работодателям застраховать сотрудников по ДМС. Застраховав работников по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), фирма решает две задачи. Во-первых, расходы на ДМС в размере 3% от фонда оплаты труда включаются в себестоимость, что позволяет экономить на налогах. Во-вторых, ДМС – это мощный рычаг по удержанию и стимулированию ценных кадров.

Медицинские организации знают: если оказанная медицинская помощь будет признана некачественной, то она оплачена не будет, поэтому стараются организовать достойный прием и качественное лечение застрахованных. Организация может застраховать практически любое количество сотрудников (обычно от 5 человек). Предприятие в Ростовской области, решившее воспользоваться услугами ДМС, имеет возможность выбрать страховщика. Большинство региональных компаний: "АсСтра", "Айболит", "Панацея" и филиалов иногородних компаний: "Альфа-Страхование", "ВСК", "Газпром-медстрах", "Ингосстрах", "Инкасстрах", "КапиталЪ-страхование", "МАКС", "НАСТА", "УралСиб", "РЕСО-Гарантия", РОСНО, "СОГАЗ", "Спаские ворота", "Нефтеполис", "Прогресс-Гарант", "Энергогарант" предлагают свои услуги. Содержание программ ДМС: спектр болезней, лечение которых оплачивается; перечень клиник; территория, на которой оказывается помощь; расчет убыточности и стоимости полиса; система скидок и бонусов, а также количество заключенных договоров существенно различается у страховщиков. Руководство предприятия, решившее заключить договор ДМС сотрудников и определившееся со страховщиком, должно выбрать программу страхования и оплатить стоимость полиса для каждого сотрудника. Когда застрахованный сотрудник заболевает, он идет в одну из клиник, указанных в его полисе, или звонит врачу-куратору, который подскажет, куда лучше обратиться за медицинской помощью. Услуги лечебного учреждения, прописанные в полисе, оплачивает страховщик. Выплаты по ДМС не облагаются подоходным налогом.

Глава фирмы может выбрать, будет оказываться его сотрудникам только амбулаторно-поликлиническая помощь или полис ДМС покрывает расходы на поход к стоматологу, лечение в стационарах, вызов скорой помощи, путевку в санаторий и курс восстановительного лечения. Набор услуг для разных групп работников может отличаться.

Расходы на ДМС относятся на себестоимость в размере 3% от фонда оплаты труда. Однако часто стоимость даже базовой программы ДМС превышает этот лимит. Страховщики по-разному предлагают решить эту проблему. Так в "Страховом доме ВСК" рассчитывают объем услуг и медицинские учреждения, которые доступны предприятию исходя из выделенных на медицинское страхование работников средств. РОСНО подготовит программу исходя из финансовых возможностей предприятия, а также предложит продукт "Личное страхование", который включает ДМС и страхование от несчастного случая в одном пакете и позволяет уложиться в установленный государством лимит отнесения на себестоимость. Страховые компании стараются заинтересовать предприятия добровольным медицинским страхованием путем предоставления скидок по иным видам страхования. Медицинская страховка позволяет сохранить здоровье сотрудников, а значит, получить от

них большую отдачу. ДМС является базовой составляющей социального пакета, который помогает строить долгосрочные отношения между предприятием и работником.

Стоимость полиса ДМС на одного сотрудника в год определяется несколькими факторами. Во-первых, это набор медицинских услуг, входящих в программу страхования. Стоимость каждой группы услуг (поликлиническое, стационарное лечение, стоматология и прочее) определяется отдельно. Во-вторых, имеет значение круг лечебных учреждений, на базе которых будет осуществляться лечение. Прейскуранты выбранных больниц являются базой при расчете стоимости полиса ДМС. В-третьих, на стоимость одного полиса влияет количество застрахованных. Базовая программа рассчитана на 20-30 работников. С увеличением количества застрахованных растут и скидки, которые иногда могут достигать 40%. Четвертый фактор – стоматологическая программа – оказывает решающее влияние на стоимость полиса. И последний фактор – это нагрузка страховой компании.

Стоимость полиса ДМС по большей части определяется наличием и качеством стоматологической программы. Более 60% всех выплат по ДМС приходится на стоматологию. Особенностью стоматологических клиник является большой разброс цен. Поэтому страховщики разбивают клиники по ценовым категориям и предлагают фирмам выбрать наиболее подходящую для них. Включение стоматологии в программу у разных страховщиков приводит к удорожанию полиса на 500 – 1000 долларов. Полис ДМС, если это специально не оговорено, не предусматривает оплату протезирования зубов, а также косметических и профилактических мероприятий. Заключая с предприятием договор ДМС, страховая компания обязуется защищать права застрахованных. В основном соблюдение прав застрахованных работников предприятия проявляется в отборе клиник, организации приема пациентов, проверке качества и стоимости оказанной медицинской помощи, в разрешении сложных ситуаций, в которые могут попасть пациенты в ЛПУ.

Точкой отсчета для ДМС в России стал 1991 г., когда был принят Закон "О медицинском страховании граждан РФ". Именно тогда и возникло одновременно с обязательным медицинским страхованием – добровольное. С 1991 г. ДМС прошло значительный путь: разрабатывались программы для различных групп потребителей, совершенствовались технологии обслуживания и организации медицинской помощи, при участии страховых компаний создавались новые лечебные учреждения. Первыми клиентами по ДМС были в основном зарубежные компании, приобретающие страховки для своих сотрудников. Сегодняшний спрос на полисы ДМС значительно шире.

Конечно, в основном страховки ДМС приобретаются предприятиями, однако постепенно растет спрос и среди индивидуальных клиентов. В настоящее время в России наиболее развито коллективное добровольное медицинское страхование (страхователь – юридическое лицо/работодатель). Численность коллективных договоров медицинского страхования возрастает по мере улучшения экономической ситуации в стране. Это связано, в частности, с увеличением числа платежеспособных предприятий, включающих в социальный пакет работников добровольное медицинское страхование.

Емкость рынка ДМС на сегодняшний день составляет более одного миллиарда долларов, ежегодно его рост составляет порядка 15-20%. Такой активный рост в первую очередь можно объяснить улучшением благосостояния населения. Специалисты страховых компаний прогнозируют в 2004 г. рост сборов по ДМС в России на уровне 15 - 25%. Однако рынок ДМС уже не в состоянии интенсивно расти за счет увеличения клиентов из корпоративного сектора. Насколько выгодной для бизнеса является такая часть страхования, как ДМС, вопрос довольно неоднозначный. В большинстве случаев услуги ДМС выгодны для страховщика, однако здесь нужна определенная оговорка. Вложения в медицину не приносят моментальной прибыли. Существуют так называемые отсроченные критерии эффективной работы медицинской отрасли, как в государстве, так и в страховой компании – со временем, как правило, выплаты страховой компании становятся меньше. Клиент находится под наблюдением и защитой, и риск серьезного заболевания становится минимальным.

Таким образом, возникает наилучший вид партнерства – клиент получает постоянную заботу о своем здоровье, а страховая компания заинтересована в его хорошем самочувствии и соответственно прилагает все усилия для того, чтобы человек был здоров. Отметим, что ДМС хоть и окупаемый, но далеко не самый доходный вид страхования. Гораздо более выгодными в этом плане являются страхование имущества и от несчастного случая. Конкуренция на рынке ДМС достаточно высокая.

Рынок страхования в России пока находится в стадии роста. Тем не менее, устойчивый интерес к страховым услугам наблюдается уже довольно явно. И преимущества добровольного медицинского страхования (ДМС) по сравнению с обязательным (ОМС) уже смогли оценить десятки тысяч российских граждан. Расходы на ДМС растут в среднем по 50-60% в год. Эта тенденция вполне может привести к увеличению объема рынка добровольного медицинского страхования в 6-10 раз уже к 2010 г. Тем не менее, уже вполне формализована ценовая политика компаний.

Наметившаяся конкуренция среди них связана как раз со стимулированием клиента стоимостными показателями. Приобретая полис, клиент фактически оплачивает только часть реальной рыночной стоимости медицинских услуг, которые потенциально могут потребоваться ему в будущем. Остальную, и часто большую часть расходов несет страховая компания. А те, кто хочет оптимизировать свои расходы, вполне могут выбрать более экономичные варианты страхования. Экономия достигается тем, что клиент имеет право самостоятельно сформировать себе страховой пакет, т. е. выбрать только тот перечень необходимых услуг и медицинских мероприятий, которые ему реально требуются.

В системе ОМС все регламентировано нормативными актами: размер страховых взносов, стоимость медицинских услуг, форма договора, объем, место, условия получения застрахованным медицинской помощи. При этом в обязательном медицинском страховании каждый пациент имеет стандартную программу обслуживания, объем, услуг которой определяется размером средств в системе ОМС. Но из-за дефицита финансирования ОМС страдает от недостаточного количества высококвалифицированных врачей. В результате провести сложное диагностическое исследование, особенно при срочной необходимости, по полису ОМС практически невозможно.

Процессы модернизации системы медицинского обслуживания носят чрезвычайно болезненный характер. Основные недостатки существующей системы медицинского обслуживания населения, основанной на обязательном медицинском страховании – это плохое качество обслуживания и низкая оплата труда врачей. Главная причина этих проблем заключается в остром недостатке финансирования отрасли. Вместе с трансформацией финансовых отношений кардинально меняется система предоставления «бесплатной» помощи населению, что меняет сложившийся характер взаимодействия институтов и структуру коммуникационных потоков, порождая множество проблем, воспринимаемых как социально-этические проблемы.

Программы ДМС формируются в соответствии с конкретными потребностями клиента. И компаниям приходится уделять особое внимание повышению уровня сервиса и контролю качества медицинского обслуживания. Защита интересов застрахованных в спорных ситуациях тоже входит в условия страховых договоров ДМС. Отметим, что качество услуг, которые предлагаются в рамках программ ДМС, намного выше. Страховая компания заинтересована в том, чтобы клиент был удовлетворен качеством предоставляемых ему услуг.

На одном из первых мест в маркетинге здравоохранения стоит цена. Через ценовую конкуренцию можно влиять на спрос, из всех контролируемых переменных маркетинга конкурентам легче всего дублировать цены. Цели ценообразования должны быть увязаны с целями лечебного учреждения и отражать их. Например, в частной клинике, ориентированной на элиту, основной целью является получение прибыли с помощью оказания дорогостоящих медицинских услуг. Другие ЛПУ ставят своей основной целью привлечение массового пациента с помощью снижения цены по сравнению с конкурентами при одинаковом качестве лечения, политика ценообразования увязывается с целевым рынком учреждения. Например, рыночный сегмент дорогостоящих медицинских услуг, включающий богатых пациентов, будет ожидать высоких цен, а рынок пациентов со средними доходами будет либо ожидать понижения цен на данном сегменте рынка, либо искать иного производителя, способного удовлетворить его запросы. Государственные медицинские учреждения используют ценовую стратегию, основанную на издержках, когда цены определяются путем расчета издержек обслуживания и накладных расходов.

Сегодня конкурентоспособность на страховом рынке зависит от формирования уникальных конкурентных преимуществ финансового и консалтингового менеджмента. Страховые компании в финансовом бизнесе конкурируют за создание ключевых компетенций, которые превышают ресурсы отдельных подразделений. Медицинские центры крупных страховых компаний борются за создание нового конкурентного пространства, приобретая новое диагностическое оборудование и квалифицированный медицинский персонал с наработанной клиентской базой. Экономисты, исследователи стратегии и менеджеры часто исходили из того положения, что конкуренция происходит лишь на рынке товаров и услуг. Но конкуренция за предвидение, создание компетенций и придание новых очертаний отрасли за счет возникновения коалиций – это примеры неценовой (нерыночной) конкуренции.

Список литературы

1. Черепанова, И. С. Добровольное медицинское страхование в Российской Федерации: опыт развития и перспективы оказания качественных медицинских услуг / Говоров А. М. // Вестник Росздравнадзора - 2010. - №1 - С. 50-51

2. Хейвуд, Брайан Дж. Аутсорсинг: в поисках конкурентных преимуществ // Пер. с англ. – М.: Изд. Дом «Вильямс», 2002. С. 42.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Манакина Е.С., Медведева О.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г.Рязань

До 2011 года в Рязанской области не существовала современная трехуровневая система оказания медицинской помощи беременным и детям, отсутствовало головное учреждение по оказанию высококвалифицированной, в том числе высокотехнологичной акушерско-гинекологической и неонатальной помощи. Роды у беременных с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией проходили в трех муниципальных родильных домах г.Рязани, распределение проводилось по территориальному принципу. При рождении детей, требующих реанимационных мероприятий, в районах области проводились попытки их терапии на месте, в центральных районных больницах, или осуществлялась их транспортировка в областную детскую больницу, где персонал вынужден был оказывать реанимационные мероприятия новорожденным с низкой и экстремально низкой массой тела в условиях отсутствия необходимого оборудования и квалификации[2]. Таким образом, служба родовспоможения и детства совершенно не соответствовала современным представлениям и требовала реформирования.

В марте 2011 года в г.Рязани был открыт областной перинатальный центр, который стал функционировать как головное областное учреждение 3 уровня в сфере родовспоможения. Введение в строй подразделений перинатального центра изменило систему оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным в Рязанской области, что не могло не сказаться на динамике перинатальной смертности.

Таблица 1

Показатели материнской смертности в Рязанской области на 100000 родившихся живыми.

2000 г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
67.60	50.90	8.03	8.10	24.05

Таблица 2

Показатели младенческой смертности в Рязанской области на 1000 родившихся живыми:

2000 г.	2011	2012	2013	2014
14.8	7.3	9.8	9.1	6.1

Уменьшение материнской смертности удалось добиться путем улучшения учета беременных медицинскими учреждениями, своевременной диагностики заболеваний у беременных женщин и оказания им квалифицированной помощи с связи с использованием высокотехнологичных методик, антенатального ухода, повышения квалификации медицинского персонала, а также выяснения времени смерти по срокам гестации, обстоятельств и технологии, не обеспечивающих благополучный исход. Снижение перинатальной смертности произошло за счет всех трех ее компонентов: антенатальной, интранатальной, ранней неонатальной. Введение технологии телемедицины позволяет более успешно выявлять и устранять ошибки в ведении беременных женщин, рекомендовать диагностику и тактику ведения пациенток врачам, работающим в родильных стационарах, женских консультациях Рязанской области.

Несмотря на перечисленные положительные тенденции в работе акушерско-гинекологической службы региона, остаются нерешенными такие проблемы как недостаточность кадровой компетенции учреждений родовспоможения, отсутствие четкого взаимодействия всех участников трехуровневой системы согласно утвержденным регламентам и порядкам родовспоможения и четкого разграничения полномочий и функций всех структур и должностных лиц, удерживающие показатели материнской и младенческой смертности на высоком уровне [4].

Таблица 3

Показатели материнской смертности на 100000 родившихся живыми в России и Рязанской области.

	2011	2012	2013	2014
Россия	16.2	11.5	11.3	10.8

Рязанская область	50.90	8.03	8.10	24.05
-------------------	-------	------	------	-------

Слабо положительный рост показателей деятельности акушерско - гинекологической службы Рязанской области требуют от департамента здравоохранения региона мероприятий организационного характера для постоянного углубленного изучения ситуации, анализа деятельности учреждений родовспоможения, изменения организационных и управленческих подходов к работе акушерской службы на уровне региона, и муниципальных образований[1]. На здоровье матери и ребенка оказывает влияние комплекс различных факторов. Улучшение репродуктивного здоровья населения, снижение заболеваемости и инвалидизации детей, стабилизация показателей материнской и младенческой смертности требуют междисциплинарного подхода к сохранению здоровья подрастающего поколения, формированию нормальной репродуктивной функции и прегравидарного здоровья женщин. В наблюдении женщин и детей участвуют одновременно организации здравоохранения акушерской, детской и общелечебной сети. Поэтому совершенствование организации системы охраны здоровья матери и ребенка должно проводиться на основе функциональной системы непрерывного наблюдения за девочкой, девушкой-подростком-женщиной репродуктивного возраста-беременной женщиной-родильницей-новорожденным ребенком-ребенком первого года жизни - детьми в возрасте 1-17 лет, включающая в себя взаимодействие организаций здравоохранения акушерской, детской, общелечебной сети, участвующих в обслуживании женщин и детей

По оценкам экспертов, большинство патологических беременностей и родов связаны с отсутствием учета и раннего выявления экстрагенитальной патологии и ее санации, низким санитарным уровнем населения, недоступностью служб планирования семьи. Опыт соседних областей (на примере Липецкой области) показывает, что организация тесного сотрудничества акушерской, педиатрической, терапевтической служб в рамках акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса дает хорошие результаты по снижению случаев самопроизвольных абортов, поздних гестозов, патологических родов, младенческой и материнской смертности [3].

Таблица 4

Заболевания, осложнившие роды и послеродовой период(на 1000 родов) за 2013 год.

	анемия	Сахарный диабет	Отеки Протеинурия Гипертензивные Расстройства	Болезни Мочеполовой системы	Венозные Осложнения	Кровотечения в последровом и послеродовом периоде	Нарушения родовой деятельности
Россия	227.5	5.1	175.0	64.5	20.0	10.9	101.5
Липецкая область	130.2	1.6	174.6	0.3	3.6	7.1	52.9
Рязанская область	224.1	3.1	131.2	104	36.8	17.7	95.3

Как видно из таблицы, количество родов, осложненных экстрагенитальной патологией в Липецкой области гораздо ниже, за счет функционирования АТП комплекса. Специалисты АТПК изучают состояние здоровья наблюдаемых пациентов; выявляют и лечат хроническую соматическую патологию; проводят качественное диспансерное наблюдение девочек, девочек-подростков, женщин фертильного возраста, беременных женщин, рожениц, родильниц и детей первого года жизни; проводят прегравидарную подготовку семейных пар к беременности и родам, периконцепционную профилактику, разбор случаев материнской, перинатальной и младенческой смертности, анализ основных показателей работы учреждений акушерской, терапевтической и педиатрической сети в рамках зоны обслуживания; разрабатывают и проводят мероприятия по охране репродуктивного здоровья населения, снижения материнской, перинатальной и младенческой смертности на основе анализа. Работа АТПК выполняется в три этапа. На первом этапе проводятся мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья детей и подростков. Ответственность за реализацию этого этапа возлагается на педиатрическую службу. Врачи терапевтического звена, являясь связующим между акушерским и педиатрическими звеньями, ведут женщин до беременности с патологией, которая может вызвать осложнение протекания будущей беременности и родов. По данным некоторых авторов только в 40% случаев беременность протекает без осложнений, в то время как 60-70% беременностей осложняются скрытой или хронической

экстрагенитальной патологией. Работа систем женского организма и ряда органов во время беременности идет на грани с патологией, поэтому чрезвычайно важно диагностировать и пролечить заболевания до наступления беременности.

Выполнение мероприятий третьего этапа осуществляется врачами гинекологами и специалистами акушерского дела. Именно специалисты акушерского дела обеспечивают более полную интеграцию компонентов охраны материнства и детства и планирования семьи, несут ответственность за повышение санитарного уровня населения путем проведения постоянной кропотливой санитарно-просветительской работы с каждой женщиной детородного возраста, мероприятий, направленных на снижение удельного веса женщин фертильного возраста, страдающих вредными привычками, разъясняя важность дородовой помощи и необходимость обращения в женскую консультацию на ранних сроках беременности и регулярного посещения женской консультации в период всего срока беременности;

Результаты исследования, рекомендации:

Введение перинатального центра позволило снизить показатель материнской смертности в Рязанской области в сравнении с предыдущими годами, но в отношении показателя в целом по России он далек от целевого уровня, тем более, что в структуре материнской смертности преобладают управляемые акушерские причины[5], количество которых может быть снижено путем:

- введения непрерывного наблюдения за девочкой-женщиной-роженицей, созданием регистра женщин фертильного возраста с патологией, угрожающей будущей беременности и родам (АТП комплекс на примере Липецкой области)

- ведения регистра женщин фертильного возраста, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, социально-опасном положении (бедность, алкоголизм, наркомания)

- обеспечения систематического повышения квалификации врачей-терапевтов, врачей акушер-гинекологов по вопросам экстрагенитальной патологии при беременности.

- организации на территории обслуживания АТПК в специально оборудованных помещениях "комнаты здоровья" (комната здорового ребенка, школа будущих родителей (матери и отца), школа подготовки беременной к родам, школа грудного вскармливания, школа гипертонической болезни, школа бронхиальной астмы, школа сахарного диабета).

- создания системы информационного обеспечения подростков по вопросам охраны репродуктивного здоровья (разработка и внедрение современных информационных и образовательных программ по формированию здорового образа жизни, безопасного репродуктивного поведения, нарушений репродуктивной функции, болезней, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, асоциальных форм поведения и профилактики нежелательной беременности).

- повышения роли среднего медицинского персонала в выполнении функций АТП комплекса. А именно: осуществление патронажа, ведение санитарно-просветительской работы, помощи в дородовом и послеродовом периоде, психологическая поддержка, активное участие в оказании медико-социальной помощи женщинам в трудной жизненной ситуации.

Список литературы

1. Бубликова, И. В. Проблемы и перспективы разработки нормативов нагрузки медицинских сестер, использующих в работе новые сестринские технологии [Текст] / И.В. Бубликова // Главная медицинская сестра. – 2003. – №11. – С. 47–49.
2. Володин Н.Н. Руководство по организации и деятельности перинатального центра. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007. 472 с.
3. Государственная программа Липецкой области «Развитие здравоохранения Липецкой области» от 25.12.2013 №626
4. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии[текст]/В.И.Кулаков//Гинекология.-2007.-Т.9,№1.-С.5-7
5. Материалы официального сайта Федеральной службы государственной статистики [Интернет]. URL: <<http://www.gks.ru/>> (Дата посещения 03.05.2011)

**THE METHOD OF THERAPEUTIC INTERVENTION ON PATHOLOGICAL
PROCESSES IN ORGANISM**

Berezin A., Biktimirov M., Shcherbakov A.

Federal research centre «Informatics and management» RAS

The problem of creation of the method of therapeutic intervention on pathological processes in organism is put at the bottom. This method would be effective for therapy of a wide range of different diseases.

It is possible to succeed while curing oncologic patient only applying multiple stage therapy. At the heart of realization of this conception lies combined parallel and/or consecutive usage of local, local-regional and systemic methods of antitumoral influence. The methods can be basic and auxiliary. Surgery, radial and medicinal therapy are referred to the basic. Different types of correcting therapy like immunomodulators are referred to auxiliary. Last years some types of non-traditional physical methods of treatment have been successfully developed. They confidently turn into basic category from auxiliary: laser radiation, photo-dynamic influence, etc.

It is necessary to concentrate on terms which are obligatory for planning of oncological patient treatment before coming to analysis of basic methods of treatment.

1. Clinical diagnosis must be confirmed morphologically. If all the attempts turn out to be unsuccessful (punctures, trepanobiopsy, knife biopsy), operation serves as final stage of the diagnosis.

The only one urgent clinical situation is the exception: affection of mediastinum with crush syndrome of upper cava or trachea. In these cases provisional diagnosis is made on the basis of roentgenologic examination including as far as possible computerized axial tomography and ultrasonic examination. After that expanded council of specialists solve the question of urgent medical benefit. These are exactly such patients who can be cured by *ex juvantibus* (medical therapy, radiation therapy). As soon as status of a patient improves specialists resort to the specifying diagnostics including invasive methods as tracheobronchoscopy with biopsy of trancetracheal or trancebronchial puncture, trancethoracal puncture, parasternal mediastinotomy. Corrections are made in the treatment plan if histogenesis of tumor is qualified.

2. After completion of initial and specifying diagnostics the treatment plan is not obligatory made by the only specialist but a council which include at the least a surgeon, a radial therapist and a chemotherapist. Complex of medical influences and sequence of their realization can be rightly diagnosed only by such membership of consultants.

The presence on the council of diagnosticians, therapist and anaesthetist is also quiet desirable.

3. While curing oncological patients as a rule the matter is about necessity of usage of enough loading methods of treatment. At the same time tumors themselves often condition not only sharp lowering of compensatory capabilities of organism in the whole but also fraught with progressing of hard local aftereffects as parancrose inflammatory infiltrate, fistulas, perichondritis, arrosion of vessels. That's why after detection of therapeutic approach it is necessary to weigh what prevails: benefit from antitumoral treatment or risk from hard aftereffects and worsening of patients' quality of life. It is especially urgent by giving palliative help.

However described procedures have essential defects:

1. Therapy requires complex equipment, availability of highly skilled specialists and enough expensive.
2. A patient feels considerable discomfort from the process of therapy which in the whole is ineffective.
3. Dynamic change of the patient's state is not taken into account.

The goal of the given technology is therapy of a wide sphere of diseases among which oncological are in the first place. It doesn't require complex equipment and highly skilled specialists that allows to carry out such procedures mass and without harm to a patient. It consists in transfusion of free from plasma neutrophils or lymphocytes suspension in certain day time in accordance with self-oscillation phase of neutrophils or lymphocytes concentrations.

Transfusion is required to be made periodically till the necessary clinical result is achieved.

The proposed method is based on principle new idea to consider human organism and his circulatory system as dynamically changing feedback system and to diagnose and cure different diseases including oncological diseases and leukemia on basis of simple blood tests, which were taken from patients in multiple time intervals.

The before proposed by the authors method of diagnostics of a patient based on periodic blood tests, which were taken from him in multiple time intervals, consists in the following: The number of blood cells including leukocytes,

lymphocytes and segmented neutrophils is registered after the test intake. Afterwards parameters and oscillation mode which describe changes of number of blood cells in accordance with the taken tests are calculated and studied. And in case of abnormality of staging of oscillations, which describe changes of blood cells' number, the disease described by type and combination of phase changes is diagnosed.

The application for patent "Method of diagnostics on periodic blood tests" which is the most similar to this technology of treatment was sent on the technology. The given application is also the method of diagnostics and preparatory step for implementation of therapy.

Let's consider functions of blood cells used in this invention for diagnostics. These blood cells are white blood cells or leukocytes. Leukocyte is quite a big group of different cells. Primary function of them consists in protection of organism from infections, toxins and foreign bodies. These cells have a nucleus, they can change their delineation and pass through tissues. Leukocytes are generated in bone marrow. They are accepted to be divided on several separate kinds.

Neutrophil is numerous group of leukocytes which are capable of phagocytosis. Its cytoplasm contains great number of granules filled with ferments and biologically active substances. If bacteria or virus penetrates into organism then neutrophil moves to the foreign cell, captures it and destroys. Eosinophils are blood cells which perform protective function by destroying pathogenic organisms by means of phagocytosis. They function in mucous membrane of respiratory tracts, bowels and in urinary excretion system. Basocyte is not numerous group of small oval cells which take part in development of inflammatory process and anaphylactic shock. Macrophages are the cells which actively destroy virus particles and bacterial cells but have granules gathering in cytoplasm. Monocytes are characterized by specific function as they can develop or on the contrary slow down an inflammatory process. Lymphocytes are leukocytes which are responsible for immune reaction. Their peculiarity consists in possibility to form steadiness to microorganisms which have already penetrated into human's blood.

Abnormality of cell differentiation process is observed during diseases of tumorous nature, first of all acute leukemia, lymphosarcoma and solid tumors of different locating and also diabetes. Besides, the abnormality of cell differentiation is observed in progressing of such diseases as AIDS, liver cirrhosis, hepatitis C and also inherent congenital anomaly.

In order to explain effectiveness of the proposed method let's consider a physico-mathematical approach to modelling of the abnormality of blood cells differentiation during leukemia, which is the most glaring model of tumorous diseases.

Majority of modern authors support an opinion that human's leukemia is a disease of tumorous nature. General regularities of leukemia and tumors progressing or their combination sometimes, similar abnormalities of metabolic processes, uniformity of hormonal abnormalities and inherited influences all of them points to the preference of pathogenetic community of leukemia and malignant tumor.

Theory of leukemia genesis as a systemic disease considers leukemia as a disease which begins simultaneously in the whole hematopoietic system of normal cells as a result of abnormality of process of their differentiation. Exogenous and endogenic factors are considered to be the reason of these abnormalities. Specific viruses, penetrating radiation and blastomogenic substances are referred to exogenous factors. Malfunction of endocrine system of organism, products of disturbed metabolism are referred to endogenic factors. Endogenous connections referred to class of steroids (gonadal hormones, bile acids, etc.) can possess blastomogenic (leukogenic) action.

Chromosome mutation in any one hemopoietic cell with its subsequent unrestrained reproduction in quantity and formation of pathologic cells clone underlies the clonal theory of leukemia genesis. Different factors such as viruses, radiation, different physical and chemical agents can be the cause of mutations. With the help of clone theory it turns out possible to explain presence of chromosome abnormalities during leukemia, predisposition of people with chromosome aberration (for example, a mongoloid person or person with anomaly of gender chromosomes) to morbidity of acute leukemia, progress of congenital leukemia and also family leukemia, at the root of which different endogenic and exogenous factors can lie, promoting progressing of mutations with appearance of new inherited characteristics.

For the purpose of modelling of the physical mechanism of leukemia genesis as a model of many diseases, arising as a result of abnormality of process of blood cells differentiation, a fundamental physical model of the process of differentiation out of strong blood cells into leukemic have been developed on the base of connected chains of Ginsborg-Landau and return phenomena of Fermi-Pasta-Ulana (FPU). Two cycles of blood cells differentiation were interpreted in the form of two chains of interconnected attractors within the dynamics' frameworks of two parametrically coupled discrete chains of Ginsborg-Landau. Presence of oscillations of concentration of blood cells in vitro was interpreted as a result of beats in solutions of connected equalization chains, describing dynamics of passages between the attractors, modelling different conditions of cells differentiation. Initiation of leukemia, tumor disease or diabetes within the bounds of the model is described in vitro as dimension reduction of the attractor in the model of blood cells differentiation, which

can be described with the help of Ginsburg-Landau's chain and transition from cycle of complicated attractors in chains of basic conditions of cells differentiation into cycle of simple attractors of leukemic, tumor or altered, for example, during diabetes of cells. It was found that change of oscillating parameters of a DNA molecule as a result of violation of its structure or fragmentation of the molecule itself (virus introduction, radiation injury, incorporation into molecule of blastomogenic substances) is the reason of the attractor's dimension reduction. As a result of modelling there was also found that Furie spectrum of mechanical oscillations in a model of the DNA molecule in case of availability of changes in it, typical for acute leukemia, sharply widens as compared with spectrum of "healthy" DNA. This widening connected with rearrangement of the DNA molecule, for example, its fragmentation and beginning of FPU local returns in its oscillating dynamics. At the same time continuity of transition between different pictures of spectrum of basic FPU return, typical for FPU spectrums of the "healthy" DNA molecule and the dynamics of basic return is replaced by the dynamics of local returns. This result tells in favor of revision necessity of different schemes of chemotherapy of malignant diseases because of all the cytostatics are inductors of cells differentiation. If patient is diabetes diseased he constantly used to take insulin, which wouldn't allow to "redifferentiate" altered cells of pancreas. According to results of the model research every new cycle of chemotherapy inevitably brings to changing of progress of a disease scenario. Notably, the recovery scenario from the disease as a result of using medicine can be changed by the scenario of a disease relapse during its application in "unsuccessful" period of time. Therefore it is necessary to carry out modelling of influence of every medicinal drug on an organism in the whole chain of disease progress scenario.

Clinical researches were held after numerical investigation of the model. They were directed at reorganization of energy of cells cycles with the help of segmented neutrophils suspension, prepared from donor blood and also traditional cytostatics.

Preliminary scenario of medical treatment has been perfected on a computer model with the help of which the most optimal time of influence on the system of blood was defined.

In spite of difficulty of this method connected with necessity of intake of 8 blood tests per day there were observed cases of full elimination of leukemic process.

The biggest difficulty was "successful" coincidence of the model dynamics and dynamics of oscillating processes in blood of patient diseased with acute leukemia.

Besides, it was found that during carrying out of therapeutic interventions by means of intravenous induction of neutrophils suspension, patient's symptoms of allergic diseases existed before for a long time disappeared.

Given approach allows proceeding with developing models of treatment of other diseases, connected with violation of cells differentiation mechanism, in particular AIDS, hepatitis C and also autoimmune diseases as asthma. Preliminary clinical investigations of using the foregoing method show its evident perspective for treatment of these diseases.

Treatment success is also confirmed by 12 experiments which allow considering that highly wide range of diseases answers to the medical treatment.

1. The Patient H. Aged 5. Acute lymphoblastic leukemia. 50% of lymphoblasts are in peripheral blood. Neck lymph nodes are enlarged.

Because of parents' refusal of a course of chemotherapy, it was decided to hold a course of treatment by neutrophils. Neutrophils suspension, obtained from donor blood, was injected to the patient once in amount of 50 ml. Blood and marrow value completely normalized during two weeks. Sizes of lymph nodes reduced to standard.

2. The Patient X. Aged 44. Melanoma. State after surgery on excision of a shin top's tissues part. Presurgical enlargement of inguinal lymph nodes. Lungs – without peculiarities. Refusal of a course of chemotherapy.

Twofold transfusion of neutrophils suspension out of donor blood was implemented during three weeks in amount of 50 ml each. Sizes of lymph nodes reduced to standard. The patient was back to work.

3. The Patient K. Aged 53. Inoperable stomach cancer. Neutrophils suspension therapy was carried out.

Ten transfusions were implemented during four months in amount of 50 ml each. Half a year later a tumor wasn't displayed roentgenologically. The patient was back to work.

4. The Patient C. Aged 36. Forth stage of ovarian carcinoma. Neutrophils suspension therapy was carried out.

Twelve transfusions were implemented during 6 months in amount of 50 ml each. Half a year later a tumor wasn't displayed roentgenologically. The patient was back to work.

5. The Patient K. Aged 42. Seminomas relapse. Refusal of a course of chemotherapy.

Twofold transfusion of neutrophils suspension was implemented during a month in amount of 50 ml each. Two months later a tumor deposit wasn't displayed roentgenologically. The patient was back to work.

6. The Patient B. Aged 68. Total transitional-cellular urinary bladder cancer. Refusal of a radiation therapy.

Fourfold transfusion of neutrophils suspension was implemented during a month in amount of 50 ml each. Two months later after therapy a tumor wasn't displayed roentgenologically. The patient was back to work.

7. The Patient G. Aged 25. Hepatitis B. Persistent form. Refusal of a therapy.

Transfusion of neutrophils suspension was implemented once in amount of 50 ml. Transaminas indicators was back to standard during two weeks. Disease relapses no more appeared.

8. The Patient T. Aged 71. Lymphosarcoma affirmed by histological analysis of a punctate from a submaxillary lymph node. Refusal of a course of chemotherapy.

Three transfusions of neutrophils suspension were implemented during a month in amount of 50 ml each. Blood value and sizes of lymph nodes recovered to standard.

9. The Patient P. Aged 49. Breast cancer with metastases in axillary lymph nodes. Refusal of an operation.

Five transfusions of neutrophils suspension were implemented during four months in amount of 50 ml each. A tumor and metastases wasn't detected. The patient was back to work.

10. The Patient B. Aged 51. Lymphogranulomatosis. State after excision of mediastinum lymph nodes. Relapse.

Three transfusions of neutrophils suspension were implemented during four months in amount of 50 ml each. As a result lymph nodes sizes and blood tests normalized.

11. The Patient C. Aged 25. HIV infection and hepatitis C. An infiltrate in the liver of 2 cm in diameter.

Transfusion of neutrophils suspension was implemented once in amount of 50 ml. A month later the infiltrate was not detected, HIV and hepatitis C stopped to reveal themselves serologically. The patient was back to work and got married.

12. The Patient B. Aged 27. Hay fever arisen at pubertal period.

Transfusion of neutrophils suspension out of donor blood was refused. In connection with it, neutrophils suspension was isolated out of own blood and transfused him once. Hay fever symptoms disappeared.

This method doesn't require complicated equipment or presence of highly qualified specialists in comparison with other methods of therapy by famous doctors. The patient doesn't feel discomfort or harm from the therapy process. Dynamic change of patient's condition is taken into consideration.

List of references

1. Mahonova L.A., Peterson I.S., Mayakova S.A., Berezin A.A., Gubarev K.M. Investigation of circadian rhythms of peripheral blood in children with acute leukemia.//Pediatry, 1979, №8, p. 16-21.
2. Mahonova L.A., Buachidze LN, Mayakova S.A., Peterson I.S., Berezin A.A., Gubarev K.M. Infiltration of neutrophils suspension in order to correct circadian rhythms of peripheral blood in children with acute leukemia and lymphosarcoma.//Pediatry, 1979, №12, p.5-10.
3. Mahonova L.A., Mayakova S.A., Berezin A.A., Gubarev K.M. Circadian rhythms of peripheral blood in children with acute leukemia and lymphosarcoma and their correction by means of different methods.//Writings of 9th international symposium on comparative study of leukemia and coexisting illnesses. Sukhumi, 1979, p. 48-52.
4. Berezin A.A., Mayakova S.A. Biophysical model of acute leukemia.// Writings of 2d All-Union conference: scientific problems of student's health protection. Moscow, 1979, p. 219-225.
5. Berezin A.A. et al. In vitro oscillations of absolute concentrations of leukemic and normal cells.//Writings of the first Ukrainian conference of hematologists and transfusiologists. Kiev, 1980, p. 92-93.
6. Pavlova L.A., Kharkovskaya N.A., Khrustalev S.A., Berezin A.A. Changing of circadian biorhythms of blood in case of experimental leukemia.//Hematology and transfusiology, 1982, №2, p. 23-28.
7. Makhonova L.A., Berezin A.A., Bomshtain A.K., GavriloVA I.I., Peterson I.S. Comparative study of circadian rhythms of peripheral blood in patients with malignant neoplasms and other diseases.//Topical matter of pediatric oncology. 1984, №3 , p. 36-42.
8. Makhonova L.A., Khrustalev S.A., Kharkovskaya N.A., Belyakova S.A., Berezin A.A. Usage of parameters of circadian biorhythms of peripheral blood for optimization of acute leukemia treatment.//Writings of symposium. Topical matter of diagnostics and lymphoproliferative diseases treatment in children. Moscow, 1983, p.51-60.
9. Berezin A.A., Scheglov V.A. Physical approach to oscillations modeling of blood cells concentrations of healthy and diseased with leukemia organism in vitro conditions. – Short review on physics. Institute of Physics of Science Academy, issue 6, 2002, p. 22-32.
10. Berezin A.A., Scheglov V.A. Physical approach to oscillations modeling of blood cells concentrations of healthy and diseased with leukemia organism in vivo conditions. – Short review on physics. Institute of Physics of Science Academy, issue 8, 2002, p. 34-44.
11. Berezin A.A. Frelich approach in modeling of dynamics of mechanical oscillations in the DNA molecule and its changes typical for acute leukemia. – Short review on physics. Institute of Physics of Science Academy, issue 12, 2002, p. 27-36.
12. Berezin A.A. Oscillations modeling of different blood cells concentrations of healthy and diseased with acute

leukemia donors in vitro conditions by means of connected retarded Van der Pol equations and connection of parameters of concentrations oscillation of specified types of cells with oscillations of DNA molecules. – Short review on physics. Institute of Physics of Science Academy, issue 7, 2003, p. 42.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Егорова А.Г., Орлов А.Е.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД), г. Самара

Резюме. Неблагоприятная онкоэпидемиологическая обстановка в Самарской области определила дальнейший рост смертности при основных локализациях рака. В период с 2008 по 2012гг. показатель смертности возрос со 196,4 до 211,4 на 100 тыс. нас., или 7,6% . С целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности при злокачественных новообразованиях разработаны инновационные организационные решения на основе новых технологий, предложенных фундаментальной наукой и уже апробированных в ряде развитых стран. Сформирована концепция дальнейшего развития и совершенствования региональной онкологической службы Самарской области на 2013-2020 годы. Поэтапная реализация положений концепции уже сегодня обеспечила положительные тенденции во многих конечных показателях деятельности онкослужбы. Предполагается, что до 2020 годы смертность от рака в Самарской области снизится до 190,0 на 100 тыс. нас., годовая летальность – до 21,0%, доля больных, выявленных в ранних стадиях процесса, возрастет до 74,0%, а пятилетняя выживаемость – до 58,5% .

Ключевые слова: инновационная концепция развития региональной онкологической службы, скрининг рака шейки матки методом жидкостной цитологии и ВПЧ-теста, маммографический скрининг по общемировым стандартам, КТ-скрининг рака легкого, скрининг колоректального рака, вакцинопрофилактика рака, ПТ КТ центр, Центр протонной терапии, модель управления качеством деятельности онкологической службы.

Неблагоприятная онкоэпидемиологическая обстановка в Самарской области, связанная с преобладанием в структуре заболеваемости и смертности злокачественных новообразований (ЗНО), имеющих неблагоприятный прогноз в плане излечения, определила дальнейший рост смертности при основных локализациях рака и, как следствие, преждевременную смерть жителей региона, страдающих онкологическими заболеваниями. В регионе в 2011 году от рака умерло 6737 онкобольных; в период с 2008 по 2012гг. показатель смертности возрос со 196,4 до 211,4 на 100 тыс. нас., или 7,6% [3, 4, 5, 6]. Также, не мог удовлетворить руководителей онкослужбы региона и показатель удельного веса больных, состоявших на учете 5 и более лет, который, несмотря на наметившуюся тенденцию роста (на 7% за последние 5 лет) оставался низким – всего 50,9 [5, 7]. Несмотря на постоянный рост лечебно-диагностических возможностей специализированных подразделений онкологической службы Самарской области, широкое использование для лечения онкобольных высокотехнологичных методик и активизацию традиционных организационно-методических мероприятий в учреждения здравоохранения области, направленных на раннее и своевременное выявление злокачественных новообразований, у 40% онкологических больных злокачественные новообразования, по-прежнему, регистрировались в 3-4 ст. процесса. Таким образом, результаты исполнения рутинных организационных стандартов ранней диагностики ЗНО свидетельствовали о пределе их технологического совершенствования.

С целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности при злокачественных новообразованиях разработаны инновационные организационные решения на основе новых технологий, предложенных фундаментальной наукой и уже апробированных в ряде развитых стран. Среди них: внедрение принципиально новых методов профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний с высокой специфичностью и чувствительностью на этапе диспансеризации (скрининг рака шейки матки методом жидкостной цитологии и ВПЧ-теста, маммографический скрининг по общемировым стандартам в использовании возможностей телемедицины и системы описаний, рекомендаций и статистики маммографического скрининга (СОРС-МС), КТ-скрининг рака легкого, иммунохроматографический скрининг колоректального рака, вакцинопрофилактика рака и др.), а также строительство и организация работы ПЭТ КТ центра и Центра протонной терапии для увеличения числа контрольных диагностических исследований онкобольных с оценкой эффективности проводимой терапии и внедрения инновационных методов лечения, в т.ч. протонной лучевой терапии, с более высокими показателями эффективности и минимизацией осложнений [1, 2, 8, 9].

Материалы и методы исследования. В рамках «Программы развития здравоохранения Самарской области» была сформирована концепция дальнейшего развития и совершенствования региональной онкологической службы на 2013-2020 годы, предусматривающая два основных направления: «укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, оказывающих онкологическую помощь и приведения ее в соответствие с требованиями порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» и «совершенствование организационно-методических мероприятий в учреждениях здравоохранения области по ранней диагностике злокачественных новообразований». Для оценки результатов практического внедрения положений концепции использовались показатели заболеваемости, активного выявления, ранней диагностики, запущенности, смертности, 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости, а также показатели охвата диспансерными осмотрами, отношения числа больных, находившихся на 2-й и 3-й ст. обезболивания, числа ошибок кодирования и определения причин смерти. Обобщение показателей проводилось с помощью моделей интегральных оценок.

Исходными материалами исследования явились первичные учетные документы на онкологических, на основании которых была сформирована база данных ракового регистра. Расчет показателей выполнялся с помощью информационно-аналитической системы «Автоматизированная система оценки качества диагностики, лечения злокачественных опухолей и диспансерного наблюдения онкологических больных» (лицензия № 2010612497 от 09.04.2010г.), интегрированной с базой данных Самарского популяционного ракового регистра.

Результаты и обсуждение. Укрепление материально-технической базы связано со структурными преобразованиями онкологической службы Самарской области, которые предусматривают строительство новых зданий, подготовку кадров, модернизацию парка лечебно-диагностического оборудования и внедрения инновационных высокотехнологичных методик для улучшения качества диагностики ЗНО, лечения и диспансеризации онкологических больных.

В этой связи, в 2014 году в Самарской области начато строительство ПЭТ КТ центра и социальной гостиницы для больных. Планируется строительство Центра протонной терапии, трех новых онкополиклиник в гг. Сызрань, Новокуйбышевск, Похвистнево и оснащение их лечебно-диагностическим оборудованием для ранней диагностики ЗНО и их рецидивов.

В 2013 году в рамках Национальной онкологической программы проведены мероприятия по совершенствованию материально-технической базы уже действующих специализированных онкологических учреждений. При этом, морально и физически устаревшее оборудование было заменено на новое. Специализированные подразделения онкослужбы Самарской области в гг. Самара, Тольятти и Сызрани были оснащены новыми линейными ускорителями, компьютерными томографами, МРТ-томографами, гамма-камерой, новым современным лабораторным оборудованием для иммуногистохимической и цитогенетических исследований.

Для улучшения качества диагностики и лечения онкологических больных, в соответствии с Приказом МЗ СО от 15.05.2014г. №684 «О дальнейшем совершенствовании организации медицинской помощи по профилю «онкология» взрослому населению в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Самарской области», совершенствуется этапная 3-х уровневой система специализированной медицинской помощи онкологическим больным на основе современных стандартов и порядков ее оказания.

Для этого на базе ГБУЗ СОКОД создана система управления качеством, осуществляющая контроль за исполнением современных стандартов лечения онкологических больных, организацию их долечивания и реабилитации, а также внедрение новых медицинских технологий. На базе каждого учреждения здравоохранения, оказывающего первичную медицинскую помощь, работают первичные онкологические кабинеты, укомплектованные сертифицированными кадрами. На базе ГБУЗ СОКОД организован Центр паллиативной помощи онкологическим больным, осуществляющий контроль за качеством лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных с хроническим болевым синдромом. Осуществляются организационные мероприятия по подготовке целевой онкологической программы, предполагающей ежегодное дополнительное финансирование для исполнения высокотехнологичных современных стандартов лекарственного лечения онкологических больных, основанных на сочетании традиционной химиотерапии с таргетной терапией.

Для совершенствования организационно-методических мероприятий по ранней диагностике злокачественных новообразований и диспансеризации онкологических больных в Самарской области внедрена региональная модель управления качеством деятельности онкологической службы, разработанной в соответствии с современными положениями действующих нормативных документов онкологической службы и рекомендаций федерального уровня. Основными составляющими модели явились система управления процессом оказания медицинской помощи онкобольным и автоматизированная система управления результатами деятельности службы.

На базе ГБУЗ СОКОД организован Онкологический телемедицинский консультативный центр, основной целью работы которого является определение тактики ведения больных злокачественными новообразованиями, определение оптимального алгоритма уточняющей диагностики и лечения, а также экспертный пересмотр результатов диагностических исследований, выполненных в учреждениях здравоохранения области. Начиная с 2014 года, в области проводится «оцифровка» имеющихся маммографов, а на базе ГБУЗ СОКОД организован Маммологический центр, связанный с маммографическими кабинетами учреждений здравоохранения области телекоммуникационными связями. Специалисты центра удаленно осуществляют чтение и расшифровку скрининговых исследований, проводят их архивирование для последующего динамического наблюдения больных, относящихся к группам риска развития злокачественных опухолей.

Проводятся мероприятия по дальнейшему совершенствованию информационного обеспечения онкологической службы догоспитального этапа медицинской помощи, предполагающая создание единой базы данных, содержащей информацию о всех посещениях врачей пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) и больных фоновыми и предраковыми заболеваниями, создание эффективной системы контроля за исполнением стандартов ранней и своевременной диагностики онкологических заболеваний.

В 2016-2017гг. планируется интеграция всех специализированных подразделений онкослужбы и первичных онкокабинетов в единую информационную сеть и создание распределенной системы ракового регистра Самарской области.

На базе ГБУЗ СОКОД организована «Комиссия по изучению причин запущенности и поздней диагностики злокачественных новообразований» и «Совета экспертов по организации онкологической помощи», основной целью которых является экспертная оценка корректности определения причин запущенности, разбор врачебных ошибок и рассмотрение вопросов планирования и организации противораковых мероприятий в учреждениях здравоохранения области.

В соответствии с решением Совета экспертов «Профилактика ВПЧ-ассоциированных заболеваний в рамках программы развития здравоохранения Самарской области», прошедшего в регионе 27 мая 2015 года, запланирован первый этап мероприятий по подготовке программы вакцинации населения Самарской области против вируса папилломы человека (ВПЧ). Среди них: образовательные программы для населения и медицинских работников по вопросам иммунопрофилактики; информационное сопровождение вакцинации против ВПЧ в средствах массовой информации, активная агитация вакцинации против ВПЧ подростков, как девочек, так и мальчиков, а также и населения более старших возрастных групп до 45 лет. Поэтапное проведение мероприятий по организации в Самарской области системы вакцинопрофилактики рака позволит предотвратить развитие многих серьезных злокачественных опухолей, имеющих скрытое и агрессивное течение, значительно снизит экономический ущерб от онкологических заболеваний, связанный с лечением ВПЧ-ассоциированных ЗНО, и сохранит жизнь многим жителям Самарской области.

В 2016 году планируется организация на базе ГБУЗ СОКОД Центра первичной профилактики рака, координирующего онкологический компонент работы комитета экологии, службы санэпиднадзора и кабинетов профилактики и Центров здоровья учреждений здравоохранения области.

Деятельность онкологической службы Самарской области с 2009 года осуществляется в соответствии с представленной выше концепцией. В результате, за последние 5 лет возросли интенсивность и качество противораковых мероприятий, проводимых в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети. Средняя интегральная оценка всех видов «онкологических» профилактических обследований в период 2009-2013гг. возросла 0,82 до 0,88. В результате, зарегистрированы положительные тенденции во многих конечных показателях деятельности онкослужбы. Так, в связи с улучшением показателя активной выявляемости рака (с 13,6% до 17,2%), с 54,2% до 61,9% возрос удельный вес больных, выявленных в 1-2 ст. и с 28,7% до 23,4% снизился показатель «фактической» запущенности. Также положительные тенденции зарегистрированы и в показателях 1-годовой летальности (снижение с 29,5% до 26,5%) и удельного веса больных, состоявших на учете 5 и более лет (рост с 47,7% до 51,3%). А начиная с 2012 года, наметились положительные тенденции и в показателе смертности при ЗНО (снижение с 211,4 до 205,1). Интегральная оценка качества диагностики рака в период с 2009 по 2014 годы возросла с 0,83 до 0,90.

Кроме совершенствования форм и методов раннего и своевременного выявления рака, в Самарской области проводились организационные мероприятия, направленные на повышение качества лечения и диспансеризации онкологических больных. Используемые в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере высокотехнологичные методы специального лечения, а также активная организационно-методическая работа, позволили добиться положительных тенденций в каждом из показателей, характеризующих этот раздел работы службы. Так, в период с 2010 по 2014 годы, возросли показатели охвата «Д» осмотрами онкобольных, а

также общая наблюдаемая и скорректированная 5-летняя выживаемость – с 60,0% до 77,6%; с 43,1% до 50%; с 53,3% до 57,7%, соответственно. Также улучшилось качество лечения онкобольных 4 кл.гр. с хроническим болевым синдромом и снизилось число ошибок кодирования и определения причин смерти. Интегральная оценка качества диспансеризации онкобольных за указанный период возросла с 0,23 до 0,94.

Таким образом, в период с 2010 по 2014 годы экспертная интегральная оценка онкологического компонента деятельности учреждений здравоохранения Самарской области, возросла с 0,40 до 0,92.

Дальнейшая поэтапная реализация концепции развития и совершенствования деятельности онкологической службы Самарской области обеспечит интеграцию новейших методик ранней диагностики и лечения онкологических больных с инновационными организационными решениями, финансовое исполнение современных стандартов при основных локализациях рака, что приведет к улучшению показателей выживаемости и качества жизни онкобольных. Включение ПЭТ-технологий в алгоритмы обследования больных, относящихся к группам онкологического риска, увеличит число активно выявленных злокачественных новообразований и, как следствие, приведет к реальному снижению показателей запущенности и смертности. Предполагается, что до 2020 годы смертность от рака в Самарской области снизится до 190,0 на 100 тыс. нас., одногодичная летальность – до 21,0%, доля больных, выявленных в ранних стадиях процесса, возрастет до 74,0%, а пятилетняя выживаемость – до 58,5% .

Список литературы

1. Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения". М., Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2013.
2. Гранов, А.М. Позитронная эмиссионная томография/ А.М. Гранов Л.А. Тютин. - СПб.: Фолиант, 2008. - 368 с.
3. Егорова, А.Г. Перспективы развития и совершенствования онкологической помощи женщинам Самарской области/А.Г. Егорова , В.О. Катюшина, Н.Е. Торопова, А.Е. Орлов // Интер-медикал. – 2015. - №1 (7). – с. 14-20.
4. Егорова, А.Г. Оценка качества специализированной медицинской помощи онкологическим больным в Самарской области и основные направления ее совершенствования /А.Г. Егорова, А.Е. Орлов, М.О. Воздвиженский // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). Медицинские науки. – 2015. - №4 (13). – с. 87-90.
5. Егорова, А.Г. Оценка качества диагностики злокачественных новообразований в Самарской области и основные направления ее совершенствования /А.Г. Егорова , А.Е. Орлов, А.Н. Сомов, Ю.В. Липина // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2015. - №4 (апрель). – с. 150-153.
6. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность)/ А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В.Петрова; под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2015. – 250 с.
7. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году/ А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В.Петрова; под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена □ филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2015. - 236 с.
8. Новик, В.И. Скрининг рака шейки матки/ В.И. Новик // Практическая онкология.- 2010. Т. 11, № 2.- с. 66-73.
9. Позиция ВОЗ по вакцинации против ВПЧ. Женева, 2009. <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers>.

РОФЭС ДИАГНОСТИКА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ

Талалаева Г.В.

Институт экологии растений и животных УрО РАН, г.Екатеринбург

В последние годы на Урале отмечается рост онкологической заболеваемости, в частности рака молочной железы. В Российской Федерации рак молочной железы, составляет в настоящее время 18,4 % от общей заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями и занимает первое место в её структуре; при этом показатели заболеваемости и смертности рака молочной железы за период с 1950 по 2000 гг. выросли соответственно в 7,5 и 6 раз. У жительниц промышленных территорий Урала, подверженных постоянному

психоэмоциональному и экологическому стрессу отмечается патоморфоз данного заболевания в виде изменения возраст впервые заболевших, модификации клинической, гистологической и популяционной картины заболевания; отсутствие снижения смертности при успехах скрининговой диагностики ранних форм заболевания [6].

Явления патоморфоза онкопатологии у жителей промышленных территорий существенны, неоднозначны, а порой и разнонаправленны. Заложенное в них противоречие требует нового осмысления и новых подходов к оценке функционального статуса пациенток в период реабилитации после хирургического вмешательства с целью повышения эффективности комплексного лечения.

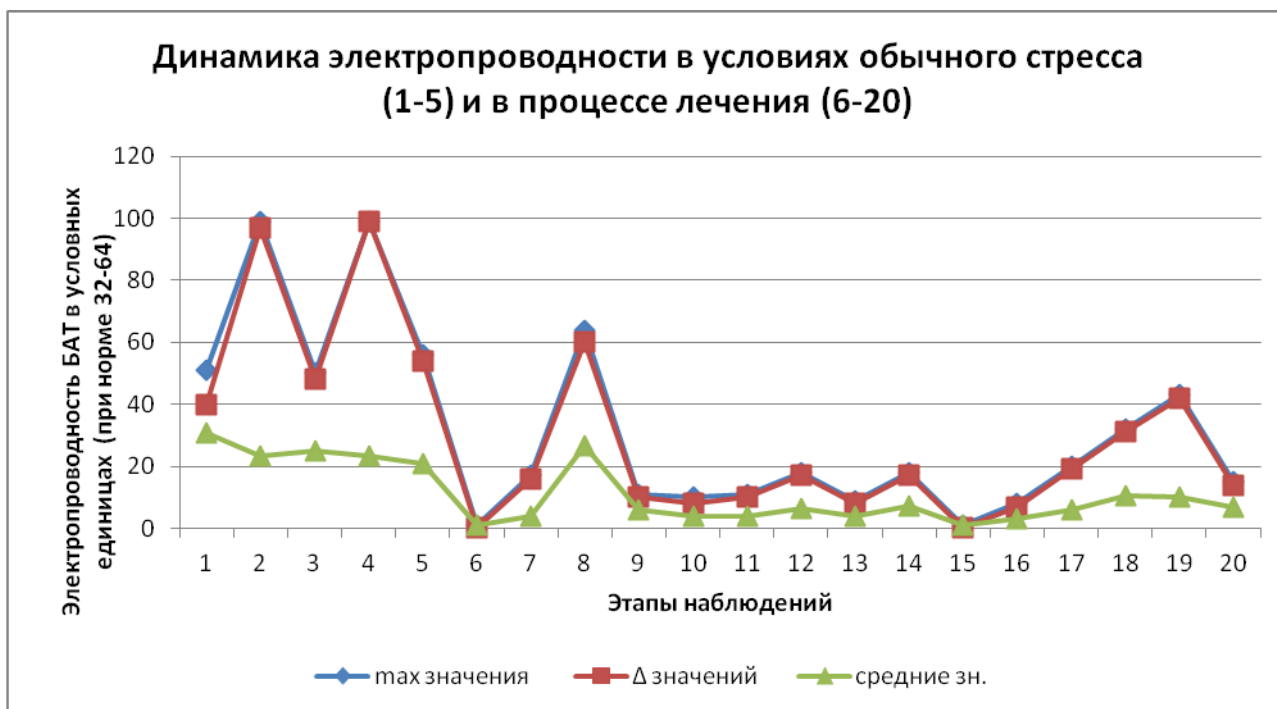
Нами предложено использовать для этой цели электрофизиологический метод РОФЭС диагностики, основанный на измерении кожной электропроводности репрезентативных точек акупунктуры (БАТ), которая интегрально отражает такие важные для канцерогенеза патогенетические механизмы, как состояние кровотока, гормонального статуса, степень психоэмоционального напряжения [3, 5]. Заметим, что изменение электрических свойств биотканей за счет трансформации в них кровотока при онкологических процессах является столь общей закономерностью, что используется для уточнения границ опухолевых тканей во время оперативного вмешательства по поводу рака молочной железы, а также для дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными новообразованиями при цветовом доплеровском картировании органов малого таза [2].

Для онкологии, на наш взгляд, метод РОФЭС перспективен по двум причинам: 1) позволяет отследить процесс реабилитации и зафиксировать момент стабилизацию функционального состояния организма после стрессового воздействия (оперативного вмешательства, курсов химиотерапии); 2) дает возможность выявить predisпозицию человека к возникновению онкологического процесса. Патогномичным симптомом predisпозиции человека к онкопатологии по данным РОФЭС диагностики является дискордатное изменение электропроводности в системе акупунктурных каналов МС и ТР. Исчезновение синдрома «МС - ТР», возникшего в начале онкозаболевания, может указывать на успешный процесс лечения и благоприятный прогноз заболевания. Метод РОФЭС обнаруживает ранние признаки синдрома дезадаптации, количественно измеряет степень их выраженности. Не имея ограничений по числу повторных измерений, метод позволяет проводить динамическое наблюдение за состоянием пациента; и за 5-7 минут дает возможность бескровно, в отличие от онкомаркеров, отслеживать эффективность проводимого лечения и определять момент, когда больному, завершившему курс комплексной терапии, можно рекомендовать расширение режима бытовых и трудовых нагрузок. Возможность длительного применения метода РОФЭС для мониторинга эффективности лечения онкобольных показана на примере динамичного наблюдения за пациентом, страдающим заболеванием предстательной железы [1]. Основным критерием завершения процесса реабилитации является восстановление средних значений электропроводности БАТ и восстановление коэффициента их вариации в одной процедуре тестирования [4].

В настоящей работе мы представляем опыт клинического наблюдения за пациенткой N., прошедшей курс комплексного лечения на базе отделения онкомамологии по поводу заболевания молочной железы T2N0M0. Данный пример уникален в том плане, что поступления в отделение в течение ряда лет пациентка осуществляла мониторинг своего функционального состояния и имела информацию об индивидуальных паттернах реакции на стресс и размахе вариаций показателей при текущих стрессовых нагрузках. Работа выполнена на базе городской клинической больницы № 40 г. Екатеринбурга в отделении онкомамологии. Отделение характеризуется высокой операционной активностью: в день проводится от 6 до 11 операций, что составляет около 40 операций в неделю или около трех тысяч оперативных вмешательств в год. Отделение продолжает лучшие традиции Свердловского городского маммологического центра, созданного одним из первых в России четверть века назад. На базе отделения проводятся практические занятия студентов, интернов и аспирантов Уральской государственной медицинской академии. Сотрудниками отделения активно внедряются новые современные методы диагностики и лечения, применяются органосберегательные операции на молочной железе, выбор стратегии оперативного и химиотерапии на основе результатов иммуногистохимических исследований материалов опухоли; биологически направленная (таргетная) неоадьювантная терапия. С целью оптимизации органосохраняющего лечения сотрудники отделения совместно с кафедрами Уральской государственной медицинской академии, областного онкологического диспансера и консультативной поликлиники «УГМК-Здоровье» активно используют методы диагностики, базирующиеся на исследовании биофизических параметров тканей молочной железы. К ним относятся методы ультразвуковой диагностики, маммография.

Мы апробировали включение метода РОФЭС в арсенал диагностических возможностей врача при проведении комплексной терапии заболеваний молочной железы. На примере пациентки N установлено, что в послеоперационном периоде показатели жидкостного гомеостаза, онкомаркеров и общего анализа крови

оказались менее информативными, чем данные компьютерной экспресс-диагностики РОФЭС. За весь период наблюдения (в пред-, послеоперационном периоде, а также в процессе химиотерапии) показатели жидкостного гомеостаза и уровень онкомаркеров не претерпели существенной динамики. В то же время показатели РОФЭС диагностики характеризовались волнообразной динамикой (Рисунок 1), отчетливо реагируя на каждый этап проведения лечения (биопсию, хирургическое вмешательство, курсы химиотерапии).



Как видно из графика, колебания показателей рофограммы в период лечения отличаются от колебаний значений рофограммы в условиях стресса до наступления заболевания (замеры 6-20 по сравнению с замерами 1-5). Еще более наглядно переход на новый уровень функционирования организма с отсутствием возврата к исходному состоянию демонстрирует динамика коэффициента вариации показателей электропроводности во время клинического наблюдения: значения коэффициента вариации достигали значений 2,03 – 3,90 (при норме до 0,04). Данные показатели объективизируют ограничение резервных возможностей пациентки, наступившее в ходе лечения, и указывают на необходимость продолжения реабилитационных мероприятий, несмотря на нормализацию показателей жидкостного гомеостаза и устойчивое нахождение в пределах нормы уровня соответствующих онкомаркеров.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило дополнительные диагностические возможности метода РОФЭС как инструмента контроля эффективности и долгосрочного планирования реабилитационных мероприятий при комплексной терапии онкозаболеваний.

Список литературы

1. Партина Н.В. Использование комплекса РОФЭС при лечении заболеваний предстательной железы (ДГПЖ, рак простаты): Доклады XII науч.-практ. семинар «Терапевтические результаты на комплексе «РОФЭС» - лечение и диагностика» [Электронный ресурс] <http://www.rofes.pro/articles/2011111401.html> (Дата обращения 01.08.2015).
2. Поморцев А.В., Гудков Г.В., Астафьева О.В. Роль доплеровских методов в дифференциальной диагностике опухолей матки и яичников [Электронный ресурс] <http://www.medison.ru/si/art144.htm> (Дата обращения 01.08.2015).
3. Талалаева Г.В., Корнюхин А.И. «РОФЭС-диагностика» для целей экологического мониторинга. – Екатеринбург, 2004. – 136 с.
4. Талалаева Г.В., Позолотина В.Н., Антонова Е.В. Методологические подходы к анализу стабильности биофизического статуса человека. Экология человека. – 2007. – № 4. – С. 41-44
5. Талалаева Г.В., Рогачева Т.В., Ветошкин В.Г. Психологические и фармакологические подходы к коррекции вторичного иммунодефицита – основа профилактики онкопатологии // Актуальные вопросы онкологии: Мат-лы науч.практ. конф. – Лесной, 2000. – С. 45-52.

6. Титаренко Р.А. Ретроспективное исследование эволюции методов лечения и постановки ранней диагностики рака молочной железы (на примере Свердловской области за 1950-2000 гг.) : Автореф. дис. . канд. мед. наук. - Уфа, 2005.

**СЕКЦИЯ №28.
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)**

**СЕКЦИЯ №29.
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)**

**СЕКЦИЯ №30.
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)**

**СЕКЦИЯ №31.
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)**

**СЕКЦИЯ №32.
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)**

**УРОВЕНЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ. ВЗАИМОСВЯЗЬ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА**

Багаева М.Р., Бурч Е.Е.

Пермский государственный медицинский университет имени Е.А. Вагнера, г.Пермь

Введение.

На современном этапе развития общества отмечается тенденция к росту невротических расстройств среди студентов. В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима. Напряженный ритм жизни располагает к невротическим реакциям, психогенным расстройствам, вызываемым конфликтами, ссорами между людьми, одиночеством, страхом, а также разнообразными заболеваниями.

Отсутствие резервов психического и физического здоровья, высокая тревожность и на этом фоне выраженный страх может привести к развитию у студентов невротических реакций.

Провалы на экзаменах, плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с преподавателями и сокурсниками, отставание в учебе достоверно часто сопровождаются симптоматикой тревожного и тревожно-депрессивного плана, аффективно насыщенными поведенческими реакциями в ситуациях фрустрации и психоэмоционального стресса, выраженной симптоматикой дисфункций сердечно-сосудистой и пищеварительной и других систем.

Обучаясь в вузе, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к часто меняющимся условиям обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими.

Студенты вузов испытывают интенсивные интеллектуальные, социально-психологические, а подчас и физические перегрузки, и поэтому являются весьма характерной моделью социально-незащищенной категории.

В связи с этим в последнее десятилетие значительно повысился интерес к проблемам невротичности, тревожности, депрессивности, эмоциональной и психической напряженности и стресса.

Все выше изложенное и определяет актуальность данной работы.

Цель исследования. Определить уровень невротических расстройств у студентов IV курса лечебного факультета Пермского государственного медицинского университета в предсессийный период. Установить взаимосвязь между различными невротическими расстройствами и типом личности.

Материалы и методы. Обследовано 30 студентов, средний возраст которых составил 21,9 года. В обследовании участвовали 9 представителей мужского пола, 4 из которых учебную деятельность совмещают с работой, и 21 представительница женского пола, из которых 5 заняты профессиональной трудовой деятельностью.

Для установления типа личности и определения уровня невротических расстройств у студентов мы использовали две психологические методики:

1. Характерологический опросник К. Леонгарда.

Этот тест предназначен для выявления типа акцентуации характера, то есть определенного направления характера. Акцентуации рассматриваются как крайний вариант нормы, в чем состоит их главное отличие от психопатий - патологических расстройств личности. Опросник включает в себя 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера (гипертимный, возбудимый, эмотивный, педантичный, тревожный, циклотимный, демонстративный, неуравновешанный, дистимный, экзальтированный). Акцентуацию характера по каждому типу диагностируем в случае превышения 12-балльного уровня.

У каждого исследуемого студента для данной работы мы выбирали ту акцентуацию характера, по которой он набрал наибольшее количество баллов.

2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич).

В опроснике предлагается 68 вопросов, отвечая на которые обследуемый должен оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе.

Диагностические шкалы:

1. Шкала тревоги.
2. Шкала невротической депрессии.
3. Шкала астении.
4. Шкала конверсионных расстройств.
5. Шкала обсессивно-фобических нарушений.
6. Шкала вегетативных нарушений.

Суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатели:

- больше +1,28 - указывает на стабильную психическую адаптацию,
- меньше -1,28 - наличие невротических расстройств,
- интервал от -1,28 до +1,28 - нестабильная психическая адаптация.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы BioStat.

Результаты. По опроснику Леонгарда у 30 обследованных студентов из 10 возможных акцентуаций характера было выявлено 8:

1. циклотимные - 42,9 % (13 человек)
2. гипертимные - 23,1 % (7 человек)
3. тревожные - 6,6 % (2 человека)
4. возбудимые - 6,6 % (2 человека)
5. демонстративные - 6,6 % (2 человека)
6. эмотивные - 6,6 % (2 человека)
7. педантичные - 3,3 % (1 человек)
8. дистимные - 3,3 % (1 человек).

Таким образом, наиболее ярко выраженными акцентуациями характера среди опрошенных являются циклотимные и гипертимные, остальные акцентуации выражены в меньшей степени.

По результатам теста К.К. Яхина, Д.М. Менделевича мы получили следующие значения:

1. стабильная психическая адаптация - 33 % (10 человек)
2. нестабильная психическая адаптация - 19,8 % (6 человек)
3. невротические расстройства - 46,2 % (14 человек).

В структуре различных невротических расстройств мы выявили следующее:

1. невротическая депрессия – 85,7 % (12 человек из 14)
2. конверсионные расстройства – 50 % (7 человек из 14)
3. обсессивно-фобические расстройства – 28,6 % (4 человека из 14)
4. вегетативные нарушения – 28,6 % (4 человека из 14)
5. тревожность – 21,4 % (3 человека из 14)
6. астения – 21,4 % (3 человека из 14).

Из выше описанного обращает на себя внимание то, что около половины опрошенных студентов уже имеют различные невротические расстройства, а 1/5 исследуемых находится в стадии нестабильной психической адаптации, когда в любой момент какой-либо психотравмирующий фактор может привести к развитию патологии.

Для выявления картины взаимосвязи типа личности и подверженности его различным невротическим расстройствам мы провели сравнительный анализ и получили следующие данные (Рисунок 1):

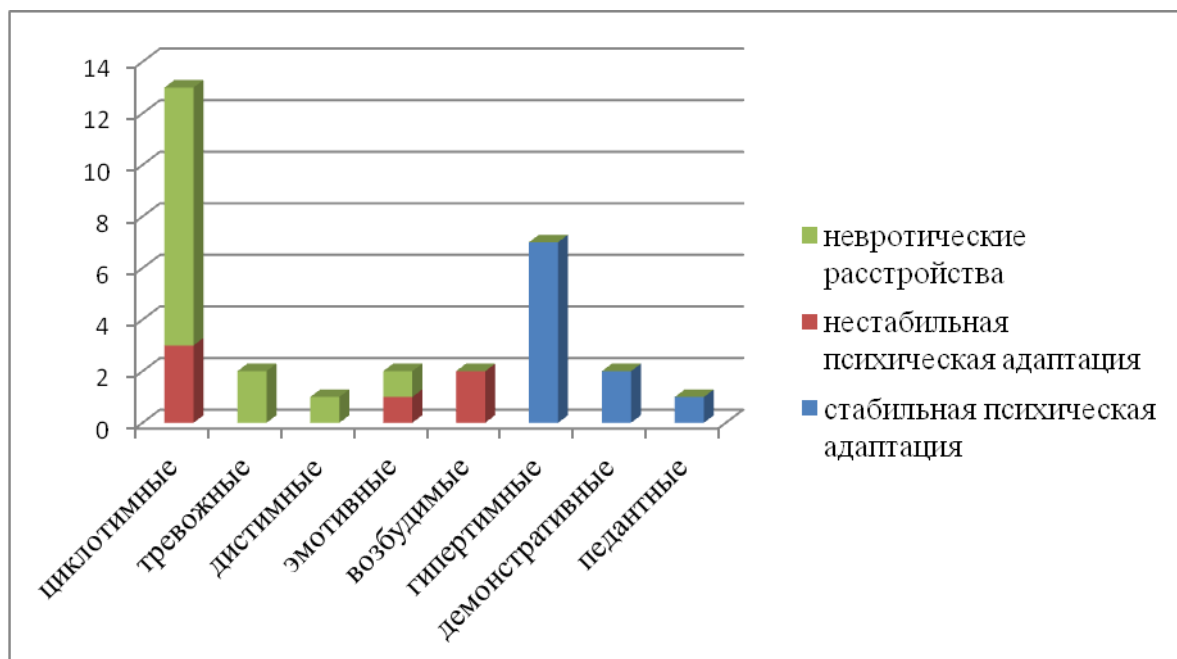


Рис.1.

Таким образом, в нашей работе прослеживается следующая тенденция: все исследуемые студенты, относящиеся к циклотимному, тревожному, дистимному, эмотивному и возбудимому типам акцентуаций, составляют группу, уже имеющих какие-либо невротические расстройства или находящихся в стадии нестабильной психической адаптации. Группа же студентов со стабильной психической адаптацией является представителями гипертимного, демонстративного и педантичного типов акцентуаций.

В завершении нашей работы, хочется сказать, что проведенные исследования являются очень важными. Они помогли определить, что у значительной части наших студентов имеются различные невротические расстройства, а это достаточно серьезная проблема, требующая разрешения.

Также исследования помогли выявить, что определенный тип акцентуации является фактором риска по развитию невротических расстройств, поэтому выявление типа акцентуации дает возможность провести профилактику нарушений у конкретных людей через самопонимание этой проблемы, работу с психологом и выбора индивидуальной комплексной программы по предупреждению развития данных нарушений. Понимание взаимосвязи между типом личности и подверженности его невротическим расстройствам очень ценно и для врача любой специальности, так как врач имеет возможность дать рекомендации по профилактике, которые заключаются в следующем:

1. Нормализация режима сна и бодрствования.
2. Ежедневная адекватная физическая активность.
3. Диетотерапия (полноценное питание, отказ от кофе и алкогольных напитков; включить в меню продукты питания с повышенным содержанием триптофана: финики, бананы, инжир, сливы, томаты).
4. Искать источники позитивных эмоций (практикуются занятия йогой, медитация).
5. Витаминотерапия.

Выводы.

В данной работе, мы определили уровень невротических расстройств у студентов IV курса лечебного факультета Пермского государственного медицинского университета в предсессионный период, установили взаимосвязь между различными невротическими расстройствами и типом личности, а также дали рекомендации по профилактике этих расстройств. Таким образом, цели и задача нашей работы выполнены.

Список литературы

1. Дорошкевич М.П., Калюжный В.В «Неврозы и невротические состояния у детей и подростков», 2004 год.
2. Леонгард К. «Акцентуированные личности», издательство ЭКСМО, 2001 год.

СЕКЦИЯ №33. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34. РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37. СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

ДИСБАКТЕРИОЗ ПОЛОСТИ РТА И ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ И БОЛЕЗНИ ШЁГРЕНА

Селифанова Е.И., Симонова М.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Этиология болезни Шёгрена и синдрома Шёгрена до настоящего времени неизвестна. Кардинальным морфологическим признаком болезни или синдрома является поражение слюнных и слезных желез, в основе которого лежит лимфоплазмноклеточная инфильтрация разрушающая паренхиму и протоки железы. Впервые о лимфоидной инфильтрации слюнных и слезных желез сообщил Н. Sjogren в 1933 году. В настоящее время принят аутоиммунный генез заболевания, подтвержденный обнаружением широкого спектра аутоантител (к эпителию слюнных протоков, ревматоидного фактора, антиядерных антител) в клинической картине ведущими стоматологическими признаками является ксеростомия, хронический паренхиматозный паротит, сухой кератоконъюнктивит.

Наряду с болезнью Шёгрена (изолированный первичный синдром Шёгрена в зарубежной литературе) выделяют синдром Шёгрена, сопутствующий ревматоидному артриту, ревматизму, системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозиту, хроническому активному гепатиту, билиарному циррозу печени, аутоиммунному тиреоидиту, при котором может быть наличие стоматологических и офтальмологических признаков заболевания.

Клинически патологический процесс проявляется сухостью слизистых оболочек полости рта (ксеростомией), сухостью конъюнктивы (ксерофтальмией), гипосекрецией слизистых оболочек носоглотки.

В условиях ксеростомии в зависимости от стадий СШ и БШ слизистая оболочка полости рта сухая, истончена, атрофична, сосочки языка сглажены, часто отмечается десквамация эпителия, язык складчатый. В углах рта «заеды», в начальной, выраженной стадии выявляется кандидоз псевдомембранозной формы, в поздней – атрофичной. (Симонова М.В. 1982г) Отмечается снижение кислотоустойчивости эмали, снижение факторов антибактериальной защиты полости рта, нарушение биоценоза. В связи с этим создаются предпосылки кариесогенной ситуации, происходит быстрая потеря и разрушение зубов, возникновение одонтогенной инфекции.

Развивается неспецифическое воспаление в слизистой оболочке полости рта (Пожарицкая М.М., 1989 г.). В настоящее время изменение состава микрофлоры полости рта при лейкоплакии, красном плоском лишае, лекарственном стоматите условно делят на 4 категории: дисбиотический сдвиг, дисбактериоз I-II степени, дисбактериоз III степени и дисбактериоз IV степени (Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Банченко Г.В., Иванова Е.В., Разживина Н.В., Фурман О.И., Вайнер В.И., Эпельдимова Е.Л.).

Концентрация микрофлоры полости рта в норме имеет относительное постоянство и характеризуется следующими показателями:

- стрептококки - 10^{6-7} ,
- лактобактерии - 10^3 ,
- стафилококки - 10^3 ,
- грибы рода *Candida* - 10^2
- сапрофитные нейсерии – 10^5

Бактерии группы кишечной палочки отсутствуют.

Возбудителями гнойно-воспалительных процессов в полости рта могут быть представители различных родов, подавляющее большинство которых относят к так называемой «условно-патогенной» микрофлоре (аэробной, микроаэрофильной и анаэробной). Среди них чаще встречаются виды родов: *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Pseudomonas*, *Escherichia*, *Proteus*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Hafnia*, *Serratia*, *Aeromonas*, *Alcaligenes*, *Acetobacter*, *Haemophilus*, *Peptococcus*, *Bacillus*, *Clostridium*, *Corynebacterium*, *Propionibacterium*, *Bacteroides*, *Nocardia*, *Listeria*, *Fusobacterium*, *Neisseria*, *Mycrococcus*, *Mycoplasma*. Реже - *Yersinia*, *Ervinia*, *Salmonella*, *Acinetobacter*, *Moraxella*, *Brucella*, *Candida*, *Actinomyces*.

Влияние одонтогенной инфекции на общее состояние пациентов с ревматологическими заболеваниями было впервые описано Гусейновой Т.Г. (1978г.), однако данных о одонтогенной инфекции при БШ, СШ в литературе данных не имеется.

Дисбактериоз, наличие одонтогенной инфекции влияют на усугубление общего состояния пациентов страдающих Б.Ш. и С.Ш. Поражение СОПР у больных Б.Ш. по нашему мнению, складывается из двух основных составляющих, а именно, от снижения гидрофилизации СОПР и размножения вторичной инфекции, происходящее в условиях изменения количества слюны и снижения её защитных свойств.

Влияние одонтогенных очагов инфекции на течение ДБСТ в сочетании с СШ не изучено. Нами впервые отмечено, что после удаления зубов у больных Б.Ш. и СШ заживление происходит медленно, с такими осложнениями, как остеомиелит лунки. Хирургическая санация, у этих больных неизбежна из-за ранней потери зубов от прогрессирующего кариеса, даже у пациентов молодого возраста. Детального изучения характера одонтогенной инфекции у больных Б.Ш. и СШ в сочетании с РЗ ранее не проводилось.

Целью настоящей работы явилось изучение состава микрофлоры слизистой полости рта и характера микрофлоры в хронических одонтогенных очагах инфекции у больных с Б.Ш. и СШ в зависимости от стадии заболевания. Выявить и устранить очаги одонтогенной инфекции.

Оценить состояние полости рта до и после проведенного лечения.

Материалы и методы исследований.

В институте Ревматологии РАМН обследованы 100 человек с установленным диагнозом Б.Ш. и С.Ш.

У пациентов с синдромом Шегрена и болезнью Шегрена происходят существенные качественные и количественные сдвиги в составе микрофлоры полости рта, а именно микрофлора взятая со слизистой оболочки полости рта у данной группы больных отличается от практически здоровых лиц преобладанием условно патогенных и патогенных видов. Это энтерококки *E. faecalis*, они обнаружены у 100% обследованных в высоком количестве (до 10^8 CFU/mJ). Стрептококки группы D (по Lancefield) представлены энтерококками (*S.*

faecalis, S. faecium, S. durans). Они часто служат причиной инфекции мочевых путей у больных и более чем в 10% случаев относятся к этиологическим факторам бактериального эндокардита. Эти возбудители обычно бывают альфа-гемолитическими или негемолитическими, иногда бета-гемолитическими. Лечение при тяжелых энтерококковых инфекциях, особенно при бактериальном эндокардите, затруднено в связи с тем, что эти возбудители устойчивы к многим антибиотикам и относительно устойчивы к препаратам пенициллинового ряда. Не всегда врачи, занимающиеся терапией эндокардита могут определить источник бактериемии. Полость рта, как правило не рассматривается, как очаг инфекции.

Обнаруживаемые в избыточном количестве *Staphylococcus aureus* (стафилококк золотистый (до 10^8 CFU/ml)). *S. aureus* может бессимптомно размножаться на коже, слизистых оболочках, в пазухах носа, на волосах и ногтях. Они могут служить причиной острых и хронических гнойных инфекций, в частности, мочеполовой системы. Стафилококк золотистый ответственен за множество болезней, трудно назвать орган или ткань, которую этот микроб обделил вниманием.

Стрептококк Viridans (*Streptococcus viridans*) - они обнаружены у 100% обследованных в количестве превышающем норму (до 10^8 CFU/ml). Зеленыя стрептококки представляют собой гетерогенную группу альфа-гемолитических стрептококков. Они являются основными возбудителями инфекционного эндокардита. Многие виды зеленящих стрептококков входят в состав нормальной микрофлоры полости рта, обитая на зубах и деснах. Некоторые виды этой группы несомненно вызывают кариес. Важная роль зеленящих стрептококков в этиологии инфекционного эндокардита объясняется тем, что они нередко попадают в кровоток при мелких травмах слизистой полости рта, что делает необходимым санацию полости рта. К вирулентным видам, способным поддерживать воспалительный процесс, следует также отнести и дрожжеподобные грибы рода *Candida*, которые в диагностически значимых количествах (10^2 CFU/ml) встречаются у здоровых людей (от 5 до 20%). Грибы рода *Candida* выявлены также у 100% пациентов в диагностически значимом количестве (10^8 CFU/ml), а у 40% пациентов обнаружены два вида — *Candida albicans* и *Candida krusei*. Известно, что вид *Candida krusei* обладает выраженной устойчивостью к современным противогрибковым препаратам (кетоназолу, итраконазолу, флюконазолу). При исследовании микробной флоры стимулированной слюны, взятой при сиалометрии непосредственно из протока околоушной слюнной железы, установлена высокая частота микробной контаминации вирулентными видами группы (*Staphylococcus aureus* 10^4 , *Streptococcus spp.*(gr.viridans) 10^3 , *Candida albicans* 10^4)

Выявленная нами категория микроорганизмов может вызывать и поддерживать гнойный процесс на слизистой полости рта, давать обострения хронических пародитов и поддерживать воспаление лунки после удаления зуба у больных БШ и СШ.

Таким образом: 1) Состав микробной флоры ротовой жидкости и секрета протоков слюнных желез при болезни и синдроме Шёгрена существенно отличаются от наблюдаемого у практически здоровых лиц без патологии слюнных желез.

2) В нашем исследовании установлена высокая частота выделения вирулентных анаэробных микробов из ротовой полости у больных с РЗ + СШ и БШ.

3) Выявлена патологическая микрофлора из протоков слюнных желез, что может обеспечивать длительную персистенцию гнойно-воспалительного процесса и его обострения.

4) Выявлено, что местное лечение дисбактериоза слизистой полости рта нередко приводит к смене одного вида микрофлоры на другой, не менее патогенной.

5) Лечение дисбактериоза слизистой полости рта без встречной терапии желудочно-кишечного тракта малоэффективно

6) Предлагаем проводить хирургическую санацию одонтогенных очагов инфекции у больных СШ и БШ на фоне отмены цитостатической терапии, усиление лечения нестероидными противовоспалительными препаратами, за два дня до оперативного вмешательства рекомендуем премедикацию остеотропным антибиотиком (на курс лечения 7 дней), пофилактический курс противогрибковыми препаратами.

7) Лечение слизистой полости рта до и после хирургического вмешательства:

1. Ротовые ванночки раствором антисептика (раствор хлоргексидина 0,
2. Противогрибковая терапия слизистой полости рта (клотримазол);
3. Эпителизирующая терапия;

Список литературы

1. Пажарицкая М.М. // Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия. //Методическое пособие для преподавателей и студентов стоматологических факультетов, врачей- стоматологов.- 2000.-С.30.

2. Симонова М.В. // Болезнь и Синдром Шёгрена, клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта.// Дисс. На соискание ученой степени к.м.н., М., 1982.
3. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Банченко Г.В., Иванова Е.В., Разживина Н.В., Фурман О.И., Вайнер В.И., Эпельдимова Е.Л. // Коррекция дисбиотических изменений при заболеваниях слизистой оболочки рта. // Пособие для врачей.- 2004
4. Гусейнова Т.Г., Бажанов Н.Н., Насонова В.А. //Челюстно- лицевая область и коллагеновые заболевания.//1978

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛОССАЛГИИ И СТОМАЛГИИ

Тиунова Н.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, г.Нижний Новгород

Лечение больных с глоссалгией и стомалгией остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии и неврологии [7]. Психосоматическая природа СЖПР обуславливает включение в схему лечения заболевания психофармакотерапии.

Психофармакотерапия включает применение антидепрессантов, нейролептиков, транквилизаторов [5, 8].

Антидепрессанты используются для лечения глоссалгии и стомалгии более 30 лет [1]. Применяют трициклические антидепрессанты - амитриптилин, анафранил, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - паксетин, сертралин, феварин, милнаципран [3, 5], селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина - леривон [4], селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина – дулоксетин [10].

По данным П.И. Скуридина с соавт. (2010), выбор препарата определяется структурой психопатологического профиля: при сочетании депрессивной симптоматики с тревогой амитриптилин (75 мг/сутки) или паксил (20 мг/сутки), при депрессии с астенией и апатией или ипохондрическими проявлениями флуоксетин (20 мг/сутки), а в случае, когда выделить превалирование какой-либо симптоматики, помимо депрессивной, не представляется возможным, назначается сертралин (50 мг/сутки) [6].

При назначении антидепрессантов следует учитывать такие побочные эффекты как сухость во рту, нарушение аккомодации, запор, задержка мочи, а у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией - осложнения от ортостатической гипотензии до аритмии [2].

При наличии сенесто-ипохондрических расстройств необходимо сочетание антидепрессантов с нейролептиками, обладающими антиадренергической, антихолинергической, антисеротонинергической и антидофаминергической активностью [9].

Однако при приеме нейролептиков могут развиваться такие нежелательные побочные эффекты как сонливость, умеренно выраженная тахикардия, головная боль, ослабление внимания, экстрапирамидные расстройства, развитие делирия или депрессии [6].

В комплексном лечении глоссалгии и стомалгии совместно с антидепрессантами и нейролептиками эффективно применение транквилизаторов [1]. Данные препараты нормализуют функциональное состояние подкорковых и корковых структур, участвующих в формировании эмоциональных реакций и тормозят полисинаптические спинальные рефлексy. Транквилизаторы улучшают настроение и самочувствие больных, стабилизируют эмоциональный барьер [11].

Выбор транквилизатора и его дозировок, распределение во времени суток определяется особенностями клинической картины. Наиболее выраженным седативным действием обладает хлордиазепоксид, высокие дозы диазепам и феназепам; снотворным – нитразепам, вегетотропным – диазепам и медазепам, активирующим – триоксазин, медазепам [5].

В клинической практике применяют также ноотропы (аминалон, пирацетам), кортексин, обладающий церебропротективным, ноотропным, антиоксидантным действием [12], а в более лёгких случаях используют седативные средства растительного происхождения - настойки пиона, пустырника, корня валерианы, новопассит, усиливающие процессы торможения и облегчающие наступление естественного сна [6].

С учетом дисфункции вегетативной нервной системы больным назначаются вегетотропные препараты: холинолитики (белласпон, беллоид, платифиллин), антихолинэстеразные препараты (галантамин); ганглиоблокаторы (ганглерон, бензогексоний) и антигистаминные препараты – диазолин, пипольфен, димедрол,

супрастин. Эти средства оказывают временный эффект, но значительно облегчают страдания больных глоссалгией и стомалгией [1, 3].

Список литературы

1. Абуладзе, В.Ш. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 117 с.
2. Бажин, А.А. Справочник по психофармакологии / А.А. Бажин. – СПб: СпецЛит, 2009. – 64 с.
3. Борисова, Э.Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса: Дис. ... д-ра мед. наук. – Воронеж, 2014. – 225 с.
4. Золотарев, А.С. Клинико-диагностические и терапевтические особенности стомалгии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 26 с.
5. Николаенко, Е.В. Психокоррекция в комплексном лечении больных с синдромом жжения полости рта: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 98 с.
6. Скуридин, П.И. Психофармакотерапия и психотерапия при синдроме жжения полости рта / П.И. Скуридин, М.Н. Пузин, М.В. Голубев // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 2. – С. 10-12.
7. Современные концепции лечения синдрома «Жгучей боли» / К.Г. Караков [и др.] // Маэстро стоматологии. – 2013. – № 2 (50). – С. 39-42.
8. Charleston L. Burning mouth syndrome: a review of recent literature / L. Charleston // Curr. Pain Headache. Rep. – 2013. – Vol. 17, № 6. – P. 336.
9. Cost-effectiveness analysis of burning mouth syndrome therapy / M.J. Hens [et al.] // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 2012. – Vol. 40, №2. – P. 185-192.
10. Kim Y.D. Duloxetine in the treatment of burning mouth syndrome refractory to conventional treatment: A case report / Y.D. Kim, J.H. Lee, J.H. Shim // J. Int. Med Res. – 2014. – Vol. 42, №3. – P. 879-883.
11. Pokupec J.S. The impact of psychological testing on the patients suffering from stomatopyrosis / J.S. Pokupec, Z. Gruden, V. Gruden // Coll. Antropol. – 2011. – Vol. 35, №4. – P. 1167-1176.
12. Psychiatric disorders in burning mouth syndrome / F.T. de Souza [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2012. – Vol. 72, №2. – P. 142-146.

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

СЕКЦИЯ №39.

ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)

СЕКЦИЯ №40.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА МБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 ИМ. Н.А. СЕМАШКО ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ»

Сизякин Д.В., Дударев И.В., Забродин М.А.

МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г.Ростова-на-Дону»

Травматологический пункт МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко города Ростова-на-Дону» образован для осуществления неотложной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия». Для оптимизации его работы нами введена Электронная медицинская карта ООО «Электронная медицина».

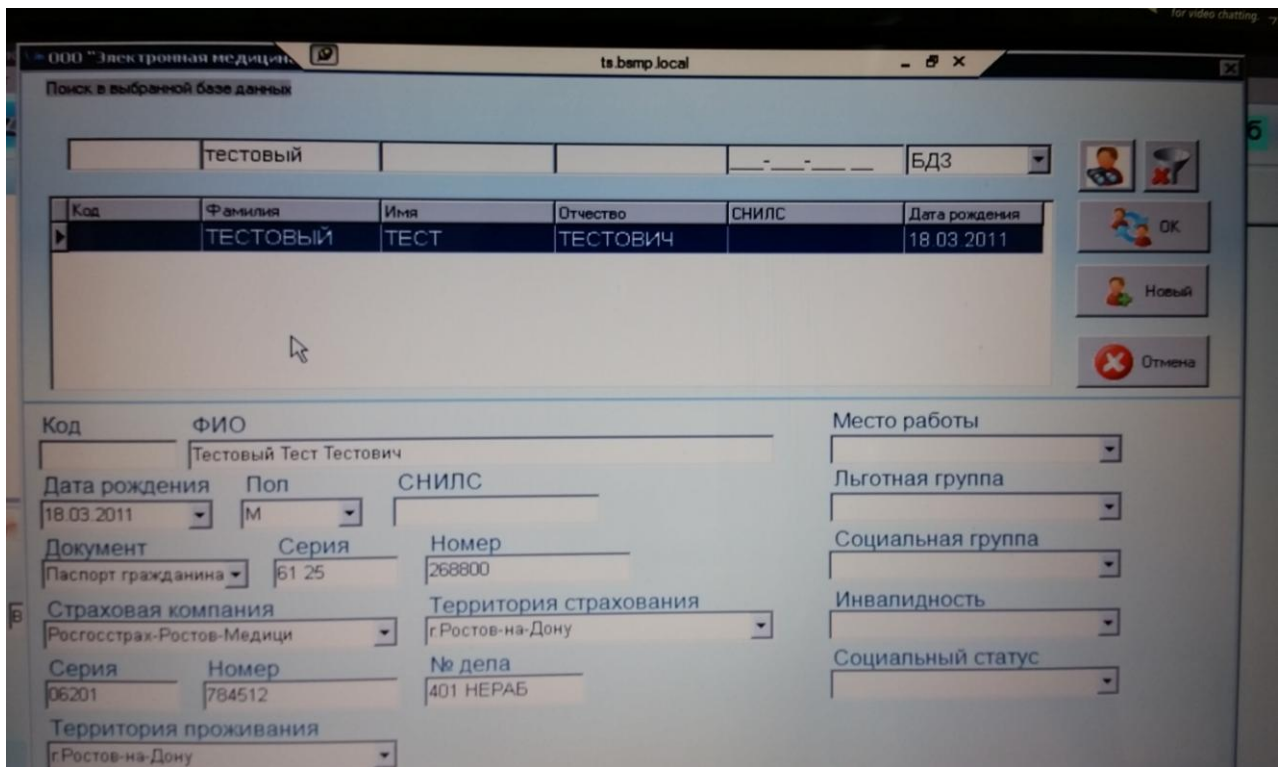


Рис.1.

Таблица 1

Преимущества работы травматологического пункта с Электронной медицинской картой

Критерий	Работа с электронной медицинской картой	Работа без электронной медицинской карты
Поиск пациента в базе застрахованных	Автоматический поиск в базе застрахованных	Ручной ввод данных о пациенте
Оформление талона амбулаторного пациента	Автоматическое создание и отправка талона амбулаторного пациента в отдел статистики	Ручное заполнение и передача талона амбулаторного пациента в отдел статистики, далее ручной ввод статистом талона в электронную программу.
Оформление листов нетрудоспособности	Печать листка нетрудоспособности	Заполнение листка нетрудоспособности вручную
Оформление медицинской документации	Возможность генерирования всей медицинской документации (журнал приема, направления на госпитализацию, справка об обращении, медицинская карта, выписной эпикриз, согласие на медицинские вмешательства, протоколы операций, антирабическая карта, отчет по дежурству и т.д.)	Оформление медицинской документации вручную
Получение результатов диагностических исследований и заключений специалистов	Все результаты диагностических исследований и заключений специалистов появляются в программе сразу после проведенного исследования или консультации специалиста, с возможностью оперативного просмотра и печати	Бумажные формы соответствующих заключений поступают в отделение через некоторое время. После выписки пациента хранятся в архиве
Возможность приема	Учитывая наличие единой программы в	Учитывая наличие ручной

первичных пациентов в двух, трех кабинетах одновременно разными врачами	условиях внутрибольничной локальной сети, возможно осуществление приема первичных пациентов в двух, трех кабинетах (кабинет первичного и повторного приема, кабинет Заведующего отделением) одновременно разными дежурными врачами, в случае массового поступления больных (гололед, аварии на производстве, ДТП, спортивные соревнования).	записи пациентов в единый журнал первичного приема осуществляемой врачом, невозможно вести одновременно прием первичных пациентов в разных кабинетах
Поиск информации о пациенте (запросы МВД, страховых компаний, дубликаты документации)	Вся информация о пациенте (дата обращения, период лечения, диагноз, анамнестические данные, проведенные мероприятия, данные диагностических мероприятий) хранится в электронной программе.	Обращение в отдел статистики для получения информации о дате обращения или периоде лечения пациента, затем поиск в архиве бумажной документации.
Статистическая обработка данных (количество обращений, процент выполнения плана каждым врачом, структура первичной обращаемости и т.д.)	Дает возможность в любое время проводить анализ статистических показателей	Получение информации только из отдела статистики

Рис.2.

Автоматизация процессов регистрации пациентов и оформления медицинской документации на базе электронной медицинской карты доказала свою высокую результативность и может быть рекомендована для внедрения в медицинскую практику.

Выводы:

1. При работе с помощью Электронной медицинской карты уменьшается время необходимое для оформления медицинской документации и регистрации пациента.

2. Увеличение скорости приема пациентов и появление возможности осуществления первичного приема одновременно в двух, трех кабинетах разными врачами, приводит к уменьшению времени ожидания пациентом медицинской помощи.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ №901н от 12.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»»

СЕКЦИЯ №41.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)

СЕКЦИЯ №42.

УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)

СЕКЦИЯ №43.

ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)

СЕКЦИЯ №44.

ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

¹Журавлев И.А., ²Хасанов А.Г., ¹Галлямов А.Х., ²Гумерова Г.Т., ¹Бадретдинов А.Ф.

¹Городская клиническая больница №8 МЗ РБ

²Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Вопросы своевременной диагностики и лечения острого аппендицита на фоне беременности всегда является трудной задачей в ургентной хирургии. Смещение слепой кишки с червеобразным отростком беременной маткой с одной стороны, гормональная перестройка и изменение иммунологического баланса с другой обуславливают атипичность клинической картины заболевания. Атипичность клинической картины вследствие чего имеет место неправильная интерпретация клинических данных зачастую является причиной поздней госпитализации беременных в хирургический стационар. Так, по литературным данным, 20-25% беременных с острым аппендицитом поступают в хирургические стационары спустя 48 часов от начала заболевания с деструктивными формами заболевания (5-6 раз чаще) [1,5,6]. Учитывая клиническую сложность ситуации для диагностики данного заболевания кроме хирурга активно привлекаются акушер - гинекологи, уролог и врачи функциональной диагностики. По многочисленным литературным данным клиничко-лабораторная точность аппендицита у беременных составляет лишь в 25-50% случаев. С другой стороны нередко и своевременная госпитализация не гарантирует полного исключения диагностических ошибок на госпитальном этапе, частота которых в виде гипо или гипердиагностики составляет 25% - 31% [2,3, 7]. Улучшение диагностики в экстренной хирургии, связанные с внедрением видеолапароскопических и УЗ-технологий, позволили снизить количество «напрасных» аппендэктомий у женщин, чего нельзя сказать в отношении беременных. Так применение диагностической и лечебной лапароскопии во 2-ом и 3-ем триместре гестации является дискуссионным и по мнению многих авторов опасным как для матери так и для плода. При больших сроках беременности ультразвуковая визуализация отростка всегда затруднена и зачастую зависит от квалификации врача ультразвуковой диагностики. В случаях гипердиагностики в 30–50% случаях оперативное пособие заключается в удалении неизменного, в лучшем случае так называемого «катарального» аппендицита.

Клинический материал охватывает результаты диагностики и лечения 154 беременных поступивших в хирургическое и родильное отделения ГКБ № 8 с диагнозом «острый аппендицит» на фоне беременности. Основную группу составили 106 беременных которым при диагностике применялась шкала Альварато, который включает наиболее часто встречаемые 8 признаков заболевания и при лечении применялся дифференцированный подход в зависимости от срока гестации и наличия осложнений. Контрольную группу составили 49 беременных. В данной группе для диагностики использовались результаты клинко-лабораторных исследований и беременные были оперированы с использованием традиционных методов. У 67(63,2%) беременных основной группы клинко-лабораторная картина соответствовало острому аппендициту. При сопоставлении клинко-лабораторных данных с балльной шкалой Альварато диагноз поставлен у 57(53,8%) беременных ($p < 0,05$). Ультразвуковая томография выполнена 40 беременным и являлась информативным у 17(42,5%) пациенток. Ультразвуковыми признаками острого аппендицита явились: ширина отростка свыше 7,4 мм, толщина его стенок свыше 2,5 мм, изменение дифференцировки слоев стенки отростка, наличие гипоэхогенного экссудата в различном количестве, плотных включений и копролитов в его полости и ригидность отростка при манипуляции датчиком. Диагностическая лапароскопия в I или во II триместре беременности выполнена 10 женщинам. В 4 случаях при диагностической лапароскопии острый аппендицит исключен, у 4 выявлена внематочная беременность (2-м женщинам выполнено лапароскопическое удаление плодного яйца и двум беременным тубэктомия), у 2 – мезоаденит. В основной группе в 34 случаях аппендэктомия производилась с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в 3-х - параректальным доступом по Ленандеру, в 8 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия, в 4 случаях лапароскопически дополненная аппендэктомия (ЛДА). У 11 беременных аппендэктомия выполнена из срединного доступа. Показаниями для срединной лапаротомии явились перфоративные осложненные формы острого аппендицита в виде диффузного гнойного перитонита. При этом у 3-х женщин острый аппендицит развился в I или II триместре беременности, у 8 при доношенной беременности. В одном случае при доношенной беременности (38 недель) выполнена срединная лапаротомия, во время которой диагностирован острый катаральный аппендицит. Учитывая доношенность плода и предстоящую родовую деятельность выполнены кесарево сечение и аппендэктомия с благоприятным исходом. У 8 беременных срединная лапаротомия выполнена на III-триместре беременности. При совместном клиническом осмотре с акушерами – гинекологами диагноз острого аппендицита не вызывал сомнения и было принято решение о родоразрешении путем кесарева сечения и аппендэктомии. В контрольной группе у 22(68,8%) аппендэктомия выполнена доступом Волковича-Дьяконова, у 10 – путем срединной лапаротомии. Деструктивные формы острого аппендицита наблюдались у 43(71,7%) одинаково часто во всех сроках беременности, но наиболее часто во II триместре гестации. В основной группе беременных оперированных по поводу острого аппендицита летальных случаев не было. В контрольной группе в послеоперационном периоде умерла 1 больная. Причиной летального исхода явилась поздняя диагностика острого аппендицита.

Выводы. Для диагностики острого аппендицита у беременных целесообразно использовать балльную шкалу Альварато. Диагностическая ценность ультразвуковой диагностики острого аппендицита при беременности составляет 42,5%. В I-ом триместре беременности (до 12 недель) целесообразно использовать косой разрез Волковича-Дьяконова или лапароскопическую аппендэктомию. Во II триместре беременности (до 28 недель) необходимо выполнить аппендэктомию параректальным доступом по Ленандеру или широким доступом Волковича-Дьяконова длиной не менее 8-9 см. С целью снижения негативных влияний пневмоперитонеума лапароскопических вмешательств целесообразно использовать лапароскопически ассистированные вмешательства.

Список литературы

1. Доброквашин С.В., Измайлов А.Г., Волков Д.Е., Бердникова Е.А. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных. Практическая медицина, 2010. № 8. стр.32-367.
2. Короткевич А.Г., Злобина Л.А., Ревецкая Ю.Ю. Техника диагностической лапароскопии у беременных. Endosk. Hir. 2010. № 2. С. 37-41.
3. Ротков И.Л. Диагностические ошибки при остром аппендиците. М.: Медицина, 1988.217 с.
4. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М.: Медпрактика-М, 2002. 244 с.
5. Шаймарданов Р.Ш., Гумаров Р.Ф. Острый аппендицит у беременных Практическая медицина 06 (11) Акушерство. Гинекология, 2011.стр.43-47
6. Cardall T., Glasser J., Guss D.A. Clinical value of the total white blood cell count and temperature in the evaluation of patients with suspected appendicitis. Acad. Emerg. Med. - 2004. Vol. 11. P. 1021-1027

7. Mishra R.K., Hanna G.B., Cuschieri A. Laparoscopic versus Open Appendectomy for the Treatment of Acute Appendicitis. World J. of Laparoscopic Surg. 2008. Vol. 1, № 1. P. 19-28

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫЕ И РЕТОПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ильченко Ф.Н., Аблаев Э.Э.

ФГАОУ ВО Крымский Федеральный университет имени В.И. Вернадского, Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра хирургии № 2, г.Симферополь

Реферат.

Проанализированы результаты лечения 121 пациента с острым деструктивным панкреатитом, которым выполнены различные виды оперативных вмешательств. Пациенты разделены на две группы: основную (80 человек) и группу сравнения (41 человек). Пациентам основной группы произведены различные виды минимально инвазивных вмешательств – лапароскопии, люмбоскопии, пункционно-дренирующие вмешательства с целью санации и дренирования очагов деструкции.

Ключевые слова: острый панкреатит, лапароскопия, люмбоскопия, дренирование.

Введение.

Острый панкреатит – это острое полиэтиологическое воспалительно-деструктивное заболевание поджелудочной железы, основой которого является разнообразный по степени выраженности аутолиз собственными активированными панкреатическими ферментами ткани железы и парапанкреатической клетчатки с развитием асептического воспаления, которое в дальнейшем может инфицироваться и распространяться на брюшную полость и забрюшинное пространство, с развитием комплекса органических нарушений внебрюшной локализации. В связи с этим именно определение оптимального доступа при различных формах протекания и распространения острого деструктивного панкреатита, показания к ним и техника выполнения и явилось целью данной работы.

Материалы и методы.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита, которые находились на лечении с 2006 по 2012гг. и которым были выполнены интраабдоминальные и забрюшинные (лапароскопические и экстраперитонеальные люмбоскопические) оперативные вмешательства. Общее количество больных составило 121 человек.

Для изучения возможностей минимально инвазивных методик и сравнительного анализа при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита были выбраны две группы хирургических больных в зависимости от метода оперативного лечения: основная и группа сравнения.

Основную группу составили 80 пациентов с острым деструктивным панкреатитом в хирургическом лечении которых приоритетным были минимально инвазивные эндовидеохирургические, а также пункционно-дренирующие вмешательства.

В состав группы сравнения вошел 41 пациент с острым деструктивным панкреатитом. При хирургическом лечении больных этой группы выполнялись различные виды открытых оперативных вмешательств.

Диагностика острого панкреатита производилась на основании оценки клинико-лабораторных данных, УЗ-скрининга, КТ- и МРТ-исследований.

Оценка тяжести состояния больных производилась по шкале SAPS (simplified acute physiology score) и APACHE II согласно международной классификации острых панкреатитов, принятой в Атланте [2,3,8].

Результаты исследования и их обсуждение

Показанием к оперативным вмешательствам у больных с острым деструктивным панкреатитом в основной группе и группе сравнения являлось наличие как минимум двух из перечисленных ниже критериев:

- 1 - нарастание перитонеальной симптоматики;
- 2- прогрессирующее увеличение количества жидкости в свободной брюшной полости;
- 3- формирование локального очага деструкции в брюшной полости или в забрюшинном пространстве с прогрессирующим интоксикационным синдромом, подтверждаемого при оценке по шкале SAPS;
- 4- наличие острого деструктивного холецистита, холедохолитиаза.

Санация и дренирование патологических очагов в основной группе выполнялось при помощи малоинвазивных методов; в группе сравнения - традиционными способами.

Для сравнения клинической эффективности применения малоинвазивных и традиционных методов в лечении острого деструктивного панкреатита в основной и контрольной группах регистрировали исход заболевания, длительность лечения, длительность пребывания в реанимационном отделении после операции, наличие и характер послеоперационных осложнений. Для объективизации оценки тяжести состояния больных в дооперационном периоде и на 1,2,3,5,7 и т.д. сутки после операции производили сравнительный анализ клинических анализов крови, биохимических анализов крови (АЛТ, билирубин, общий белок, креатинин, С-реактивный белок). Помимо этого в послеоперационном периоде в те же сроки оценивалась динамика изменений ЛИИ, суммы баллов по шкале SAPS, сроки их нормализации.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием традиционных критериев достоверности (критерию Стьюдента, коэффициенту и критерию достоверности корреляции).

Диагностическую и санационную лапароскопию выполняли под эндотрахеальным наркозом. Лапароцентез производился по классической методике в параумбиликальной области с созданием пневмоперитонеума 10-12 мм рт. ст. Для ввода инструментов с целью полноценной ревизии и последующей санации брюшной полости необходимо было использование, как минимум двух пятимиллиметровых троакаров, которые вводились справа и слева по среднеключичной линии на 2-3 см ниже реберной дуги. Точки введения троакаров варьировали в зависимости от конституции, топографо-анатомических особенностей расположения органов брюшной полости, выраженности спаечного процесса, вариантов распространения экссудата. Использование инструментов, а также изменение наклона операционного стола в различных плоскостях делало доступным для визуального осмотра и санации все отделы брюшной полости и по косвенным признакам позволяло получить представление о поражении забрюшинной клетчатки. При выполнении лапароскопической диагностики фиксировали очаги стеатонекроза, количество и характер выпота в свободной брюшной полости, наличие инфильтрата в забрюшинном пространстве. Даже при минимальном количестве выпота его обязательно эвакуировали для оценки цвета при естественном освещении, микробиологического и биохимического исследований.

Показания к выполнению лапароскопической санации, дренированию брюшной полости были поставлены у 29 (36,3%) пациентов. 13 (16,3%) пациентам наряду с консервативной терапией потребовались повторные оперативные вмешательства. Из них у 7 (8,8%) больных успешно применен пункционный метод под УЗ-контролем, а у 6 (7,5%) – выполнено чрескожное дренирование очагов деструкции, также под УЗ-контролем.

Люмбоскопическое дренирование с использованием эндоскопии также выполнялось под эндотрахеальным наркозом. Показаниями к забрюшинному люмбоскопическому доступу являлось наличие спаечного процесса в брюшной полости; нарастание интоксикации, а также наличие гнойно-деструктивных изменений, секвестров, при отсутствии перитонеальных симптомов и свободной жидкости в брюшной полости; распространение экссудата по левостороннему типу; а также преобладание поражения клетчатки, а не самой поджелудочной железы. При этом данный метод не связан с контаминацией брюшной полости. Для того чтобы при минимальной травме обеспечить доступ к очагам деструкции в забрюшинном пространстве, их адекватное дренирование и избежать контакта содержимого очага с брюшной полостью, была применена методика, при которой, одновременно использовались две лапароскопические стойки и интраоперационная УЗ-диагностика.

Обе эндовидеохирургические стойки работают параллельно. Одна стойка используется для лапароскопии, что позволяет оценить состояние органов брюшной полости, а также контролировать целостность париетальной брюшины при манипуляциях в забрюшинном пространстве. Для доступа в забрюшинное пространство выполнялся разрез кожи длиной 2-3 см по I. axillaris posterior ниже XII ребра. После разведения мышц, в клетчатку забрюшинного пространства вводили 10-ти миллиметровый троакар, создавали ретропневмоперитонеум с давлением 5-6 мм рт. ст., осуществлялась люмбоскопия с использованием второй стойки.

Через тот же разрез или дополнительный рядом, вводился 5-ти миллиметровый троакар для манипуляций в забрюшинном пространстве. Продвижение инструмента, вскрытие очага некроза, удаление секвестров, промывание полости и установка дренажей осуществлялся под лапароскопическим и интраоперационным УЗ-контролем. Сонографическими ориентирами безопасного продвижения инструментов в тканях забрюшинного пространства служили: при дренировании очага слева - левая почка, селезенка и аорта; при дренировании очага справа - правая почка, печень, воротная и нижняя полая вены.

Люмбоскопическое вскрытие, санация и дренирование широкопросветными дренажами под УЗ-контролем и с использованием лапароскопии выполнено 12 (15%) больным со сформировавшимися очагами деструкции. У 3 (3,8%) больных полости локализовались в области головки поджелудочной железы – соответственно операция выполнена через правую поясничную область; у остальных 9 (11,2%) пациентов деструктивные очаги локализовались в области хвоста и тела поджелудочной железы – доступ произведен в левой поясничной области.

Данная методика позволяла при малой травматичности доступа уменьшить вероятность инфицирования брюшной полости во время вскрытия и санации очага деструкции, обеспечить его адекватное дренирование широкопросветными дренажами. При этом минимально нарушаются естественные биологические барьеры, ограничивающие гнойно-некротический очаг. Применение ультразвукового контроля на завершающем этапе операции после десуфляции позволяло убедиться в правильности постановки дренажей и адекватной санации очага и отсутствии недренированных полостей.

Тактику лечения больных с острым деструктивным панкреатитом с использованием малоинвазивных вмешательств во многом определял бактериальный и биохимический состав экссудата из свободной брюшной полости, ограниченных жидкостных образований забрюшинного пространства, псевдокист ПЖ.

Многообразии вариантов локализации; распространения; и характера изменений в поджелудочной железе, окружающих органах и тканях при остром деструктивном панкреатите обусловило различный объем открытых оперативных вмешательств, выполненных больным. Используемые основные методы дренирующих операций при панкреонекрозе («закрытый», «открытый» и «полуоткрытый») включали определённые технические способы наружного дренирования различных отделов забрюшинной клетчатки и брюшной полости.

Сроки оперативных вмешательств составили от 3 до 12 суток с момента госпитализации.

Выбор вида дренирующей операции определялся на основании данных о топографо-анатомическом расположении патологического очага, фазы развития заболевания, а также на стремлении достичь адекватной санации и дренирования очага деструкции при минимальной агрессии хирургического доступа.

Летальность больных с деструктивным панкреатитом составила 7,6% в основной группе и 17,1% (7 пациентов) в группе сравнения. В группе сравнения причиной смерти у одного больного явился острый инфаркт миокарда с острой сердечно-сосудистой недостаточностью, который возник через 2 суток после операции; у другой больной старческого возраста причиной смерти явился тромбоз мезентериальных сосудов; развившийся на 5 сутки послеоперационного периода. Остальные 5 пациентов группы сравнения и 5 - основной погибли от нарастающей полиорганной недостаточности в сроки от 5-х до 28-х суток после операции. Всем умершим больным основной группы выполнялись открытые оперативные вмешательства. Во всех случаях у больных были выявлены очаги инфицированного панкреонекроза, что обусловило тяжёлое течение заболевания, малую эффективность дренирующих вмешательств и смерть больных от нарастающей полиорганной-недостаточности.

Также следует отметить, что все умершие больные поступили в стационар позднее 36 часов от начала заболевания, тяжесть состояния этих больных на момент госпитализации превышала 10 баллов по шкале SAPS.

Выводы

1. Полученные результаты демонстрируют преимущества хирургического лечения с использованием минимально инвазивных методик, а именно лапароскопического интраабдоминального доступа, забрюшинного люмбоскопического доступа, а также пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ.

2. Методом выбора в лечении ферментативного перитонита при остром панкреатите является интраабдоминальная лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Это позволяет эффективно выполнить ревизию органов брюшной полости, полностью эвакуировать агрессивный выпот, адекватно санировать и дренировать различные отделы брюшной полости.

3. В случаях отсутствия перитонеальных симптомов, отсутствия свободной жидкости в брюшной полости при нарастании интоксикации, наличии спаечного процесса брюшной полости, распространении панкреатического экссудата по левостороннему типу и наличии гнойно-некротических изменений преимущественно в парапанкреатической клетчатке, а не в самой поджелудочной железе, показано выполнение забрюшинного люмбоскопического доступа, что существенно уменьшит вероятность инфицирования брюшной полости во время вскрытия и санации очагов деструкции.

Список литературы

1. Бондаренко М.М. Диагностические маркеры прогнозирования течения острого панкреатита / Бондаренко М.М., Баранник С.И., Родинская Г.О.//Харьковская хирургическая школа. – 2009 - №2,1. – С.77-79.
2. Кодощук Т.А. Хирургическая тактика лечения гнойно-некротических осложнений острого панкреатита / Т.А. Кодощук, О.Е. Каниковский, О.И. Бондарчук // Харьковская хирургическая школа. – 2009. - №2. – С.106-108.
3. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / Кондратенко П.Г., Конькова М.В.//Украинский журнал хирургии. – 2009. - №1. – С.-68-75.
4. Ничитайло М.Е., Пидмурняк О.О. Возникновение острого панкреатита после операций на органах гастроуденальной и панкреатобилиарной зон // Клиническая хирургия. – 2004. - №11-12. – С.76-77.
5. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит. – М.: Профиль, 2007. – С.-336.

6. Fritze F., Muller V., Gellert K. Erste erfahrungen mit dem ABThera therapiesystem – ist es wirklich eine innovation in der behandlungm des offenen abdomens.// Abstracts Dreei-Lander-Kongress. – 2010. – S.29-30.
7. Lemmerer M., Matzi V., Berger A. Grenzen und komplikationen der vacuumtherapie des septischen abdomens – where are we going?// Abstracts Dreei-Lander-Kongress. – 2010. – S.23-24.
8. Mayer D., Rancic Z., Meier C. et al. Algorithms for the managements of abdominal compartment syndrome and open abdomen treatment after endovascular aneurysm repair for ruptured abdominal aortic aneurysm // Abstracts Dreei-Lander-Kongress. – 2010. – S.22.
9. Schleicher C., Mees S.T., Colombo-Benkman M., Semmger N. Actuale Standarts in eedr nekrotisierenden Pancreatitis – was ist Evidenz-basiert? // Viseraimtiur. – 2009. – Bd.25. – S.57-64.
10. Zuhlke H., Gortz G.J. Intraabdominelle gesschlossene V.A.C. Therapie bei nekrotisierender pankreatitis in kombination mit programmierter relaparotomie // Abstracts Dreei-Lander-Kongress. – 2010. – S. 25-28.

**СЕКЦИЯ №45.
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)**

**СЕКЦИЯ №46.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)**

**СЕКЦИЯ №47.
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)**

**СЕКЦИЯ №48.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)**

**СЕКЦИЯ №49.
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)**

ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Алексеева О.О., Кузьмина А.А., Ямщикова С.И., Малогулова И.Ш., Бушкова Э.А.

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, г.Якутск

В условиях конкурентной борьбы на розничном фармацевтическом рынке для аптечной организации актуально изучение таких явлений, как конкуренция и конкурентоспособность субъектов рынка. Решение проблемы повышения конкурентоспособности аптечной организации неразрывно связано с ее оценкой и формулированием выводов о степени ее конкурентоспособности. Конкурентоспособность (КС) аптечной организации характеризует возможности и динамику ее приспособления к условиям рыночной конкуренции.

Целью данной работы является оценка и анализ конкурентоспособности аптечной организации на примере аптеки № 2 , являющейся структурным подразделением МУП «Аптеки Якутска».

Конкурентоспособность организации – это относительная характеристика, которая выражает степень отличия развития данной организации от конкурентов по степени удовлетворения своими товарами потребностей людей. Конкурентоспособность организации характеризует возможности и динамику ее приспособления к условиям рыночной конкуренции [16].

Нами была проанализирована конкурентоспособность аптеки №2 методом расчета интегрированного показателя конкурентоспособности. Построена диаграмма степени удовлетворенности покупателей на основании

результатов анкетирования (опрошено 30 человек), которая позволяет выявить как преимущества перед аптеками-конкурентами, так и недостатки, которые необходимо исправить.

При оценке конкурентоспособности аптеки решено исключить внутренние преимущества, а опираться только на внешние, т.к. оценка внутренних преимуществ предусматривает сбор и анализ финансовых показателей, а также данных, которые носят конфиденциальный характер. Выбор внешних преимуществ также можно объяснить их важностью для формирования имиджа аптеки. Именно внешние преимущества являются основой для выбора той или иной аптеки потребителями лекарственных средств. К внешним преимуществам относятся:

- ассортимент лекарственных средств и парафармацевтических товаров;
- уровень цен на товары и услуги, система скидок;
- быстрота и качество обслуживания;
- удобное месторасположение аптеки;
- качество обслуживания с точки зрения этических норм поведения
- провизоров и другого обслуживающего персонала;
- режим работы аптеки;
- интерьер торгового зала и оформление витрин;
- конструкция здания и удобный вход в аптеку;
- предоставляемые услуги. [3]

Поскольку показатель конкурентоспособности является относительным, то он может быть определен только в результате сравнения с аптеками-конкурентами. В случае оценки конкурентоспособности аптеки № 2 аптеками-конкурентами являются аптека «Радуга» и аптека «Семейная».

Ассортимент аптеки № 2: лекарственные препараты (ЛП) и изделия медицинского назначения (ИМН); биологически активные добавки (БАД); гомеопатические средства; реализация лекарственного растительного сырья (ЛРС) и продукции пчеловодства из Горного Алтая; приборы для измерения сахара в крови и сопутствующие к ним материалы, сахароснижающие препараты; детское и диетическое питание; перевязочные средства и предметы ухода за больными, личная гигиена, ингаляторы, все виды аптек.

Кроме того, аптека № 2 реализует аптечную заготовку: прием заказов на индивидуальное изготовление лекарств по рецептам врачей; изготовление и реализация внутриаптечной заготовки (раствор протаргола, детская микстура с цитралью, глазные капли, растворы для внутривенного и наружного применения, мази, порошки).

Осуществляется также отпуск по рецептам врачей для льготной категории населения, прикрепленных ЛПУ к аптеке.

В аптеке № 2 существуют постоянные скидки пенсионерам по социальной карте ОАО Сбербанк, скидка 5% на все виды товаров.

Аптека № 2 находится в жилом районе в одном из жилых домов на первом этаже, в зоне пешеходной доступности, недалеко от транспортных путей по адресу: пр. Ленина, 58.

Оценка конкурентоспособности аптек проведена методом расчета интегрированного показателя конкурентоспособности. [9]

Используя формулу 1 можно рассчитать показатели конкурентоспособности аптеки по каждому внешнему преимуществу.

$$КС_j = \frac{\sum_{i=1}^n q_i \times d_i}{m}, \quad (1)$$

где: КС_j — конкурентоспособность

j-го конкурентного преимущества;

q_i — оценка критерия, которая может быть равна 0 (не удовлетворяет посетителей); 0,5 (частично удовлетворяет) или 1 (полностью удовлетворяет).

d_i — количество человек, которые отдали предпочтение i-му критерию;

m — количество опрошенных человек.

Используя формулу 1, проведем расчет конкурентоспособности аптек по ряду критериев. Все данные, используемые при расчете показателей конкурентоспособности, получены в результате сплошного опроса и интервьюирования посетителей аптек по специально разработанной анкете. Объем выборки составил 30 человек.

Расчет конкурентоспособности аптеки № 2 по вышеуказанным критериям:

1. Ассортимент:

$$K_{\text{Сас-нт}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

2. Уровень цен:

$$K_{\text{Сцен}} = \frac{1 \times 21 + 0,5 \times 4 + 0 \times 5}{30} = 0,76$$

3. Месторасположение аптеки.

$$K_{\text{Смест}} = \frac{1 \times 24 + 0,5 \times 6 + 0 \times 0}{30} = 0,89$$

4. Режим работы аптеки:

$$K_{\text{Срежим}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

5. Профессионализм работников и быстрота обслуживания:

$$K_{\text{Сбыстр.}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

6. Этические нормы поведения обслуживающего персонала:

$$K_{\text{Сэтич.}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

7. Интерьер торгового зала и оформление витрин:

$$K_{\text{Синтер.}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

8. Услуги, предоставляемые аптекой № 10, удовлетворяют всех опрошенных посетителей аптеки:

$$K_{\text{Суслуг.}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

9. Конструкция здания, площадь торгового зала, удобный вход в аптеку:

$$K_{\text{Сконстр.}} = \frac{1 \times 30 + 0,5 \times 0 + 0 \times 0}{30} = 1$$

Рассчитанные показатели характеризуют конкурентоспособность аптеки по отдельным конкурентным преимуществам. Для удобства и наглядности можно рассчитать интегральный показатель конкурентоспособности, который бы давал общую характеристику конкурентной позиции аптеки на рынке. Различные преимущества аптеки, которые могут быть оценены ее посетителями, имеют различную степень важности для них. И это обязательно необходимо учитывать при расчете показателя. Формула расчета интегрального показателя конкурентоспособности имеет следующий вид [7]:

$$K_{\text{Синтегр.}} = \sum_{i=1}^n K_{\text{С}j} \times G_j, \quad (2),$$

где: $K_{\text{С}j}$ — показатель конкурентоспособности по j -му внешнему преимуществу;

G_j — вес j -го показателя конкурентоспособности.

Внешние конкурентные преимущества и соответствующие им «весы» отражены в Табл. 1. [9]

Таблица 1

Внешние преимущества аптеки и их «вес»

Внешние преимущества аптеки	«Вес» преимущества
1.Ассортимент	0,15
2.Уровень цен	0,2
3.Месторасположение	0,2

4.Этические нормы поведения провизоров	0,15
5.Быстрота и профессионализм обслуживания	0,1
6.Режим работы	0,05
7.Интерьер торгового зала и оформление витрин	0,05
8.Услуги	0,05
9.Конструкция здания, удобный вход в аптеку, площадь торгового зала	0,05
Всего	1

Используя формулу 2 и данные Табл.1, рассчитаем интегральный показатель конкурентоспособности аптеки N 2:

$$K_{\text{Синтегр.}} = K_{\text{Сас-т}} \times G_{\text{ас-т}} + K_{\text{Сцен}} \times G_{\text{цен}} + K_{\text{Смест.}} \times G_{\text{мест.}} + K_{\text{Среж.}} \times G_{\text{реж.}} + K_{\text{Сбыстр.}} \times G_{\text{быстр.}} + K_{\text{Сэтич.}} \times G_{\text{этич.}} + K_{\text{Синтер.}} \times G_{\text{интер.}} + K_{\text{Суслуг}} \times G_{\text{услуг}} + K_{\text{Сздан.}} \times G_{\text{здан.}}$$

$$K_{\text{Синтегр}} = 1 \times 0,15 + 0,76 \times 0,20 + 0,89 \times 0,20 + 1 \times 0,05 + 1 \times 0,10 + 1 \times 0,15 + 1 \times 0,05 + 1 \times 0,05 + 1 \times 0,05 = 0,93$$

Аналогичным методом решаются следующие показатели для аптек «Радуга» и «Семейная».

Таблица 2

Сводная таблица показателей конкурентоспособности аптек № 2, «Радуга», «Семейная».

Внешние преимущества аптеки	Показатели конкурентоспособности		
	Аптека №2	Аптека «Радуга»	Аптека «Семейная»
1. Ассортимент	1	0,83	0,96
2. Уровень цен	0,76	0,87	0,95
3. Месторасположение	0,83	1	1
4. Режим работы	1	1	1
5. Быстрота и профессионализм обслуживания	1	0,91	0,95
6. Этические нормы поведения персонала	1	1	1
7. Интерьер торгового зала и оформление витрин	1	0,93	0,75
8. Услуги	1	1	1
9. Конструкция здания, удобный вход в аптеку, площадь торгового зала	1	1	0,716
Интегральный показатель конкурентоспособности	0,933	0,909	0,914

Данные Табл.2 указывают на то, что интегральные показатели КС по анализируемым аптекам схожи и варьируются в незначительных пределах. Это объясняется тем, что все три аптеки имеют существенные недостатки в организации своей хозяйственной деятельности, т. е. слабые стороны, и они нейтрализуют друг друга при расчете показателя.

Также из представленных данных Табл.2 видно, что аптека № 2 имеет достаточно высокий интегральный показатель конкурентоспособности (0,933). Однако, как было отмечено, он практически не отличается от аналогичных показателей аптек-конкурентов. Несмотря на высокий потенциал аптеки № 2 и на множество ее сильных сторон, она имеет две слабые стороны. Это, прежде всего, высокий уровень цен на лекарственные средства и парафармацевтические товары.

Второй слабой стороной исследуемой аптеки является месторасположение аптеки. Ситуация сложилась таким образом, что потребители лекарственных средств недовольны расположением аптеки.

Но, несмотря на свои недостатки, аптека имеет большие преимущества над своими конкурентами тем, что она производит реализацию внутриаптечной заготовки. Также большим плюсом для конкурентоспособности аптеки является осуществление отпуска по рецептам врачей для льготной категории населения.

Анализ конкурентоспособности аптеки «Радуги» выявил её слабые стороны- это ассортимент и интерьер торгового зала аптеки. Еще одним недостатком является недостаточный профессионализм и скорость обслуживания персонала, т. е. провизоров и кассира. Данный вопрос актуален и для всех остальных аптек, поскольку посетители оценили данный критерий как очень важный для них при выборе аптеки. Поэтому руководство аптек должно уделять подготовке персонала по данному аспекту достаточно внимания.

Анализ конкурентоспособности аптеки «Семейная» показал недостатки в оформлении зала и торговых витрин, также респонденты недовольны конструкцией здания и площадью торгового зала.

Одним из методов предоставления полученных результатов в наглядном виде является семантический дифференциал. Использование его в маркетинговых исследованиях обеспечивает тщательную и наглядную дифференциацию характеристик сравниваемых аптек (их внешних преимуществ). Результаты анализа и сам семантический дифференциал изображен на Рисунке 1.

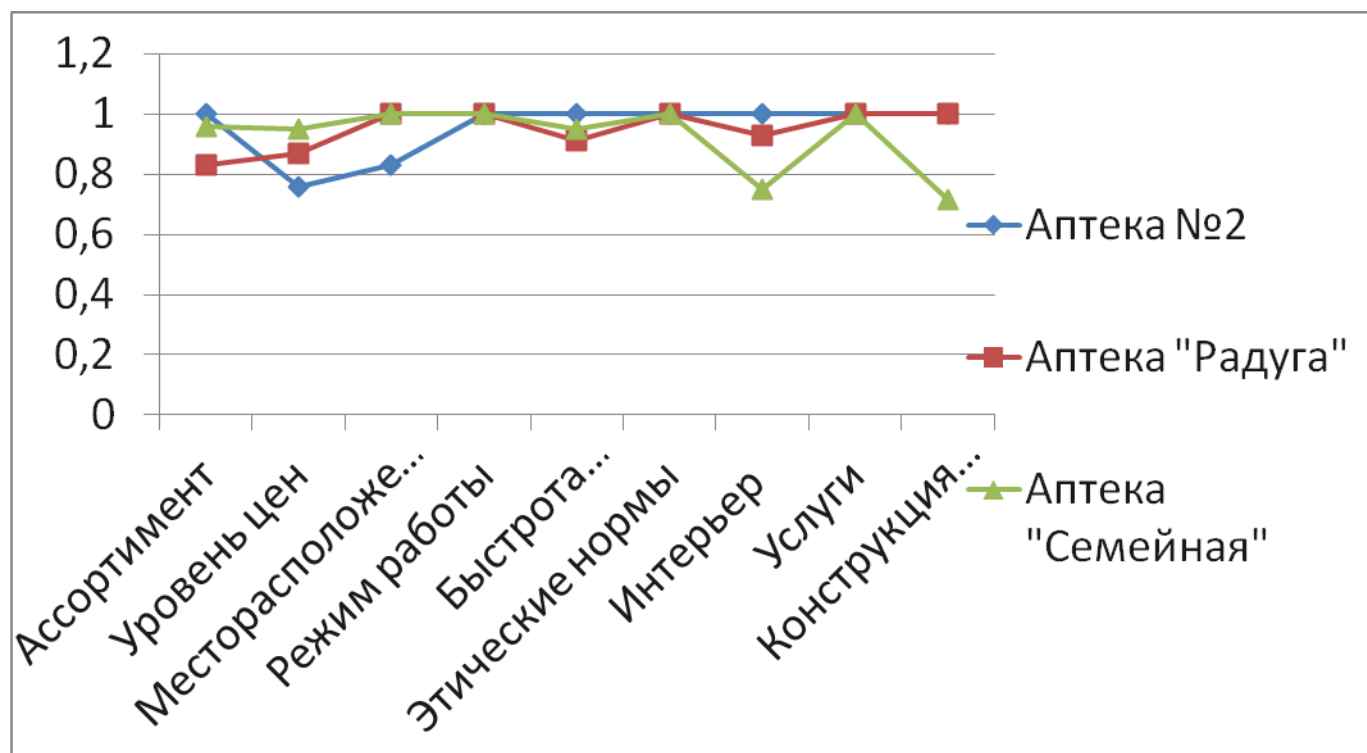


Рис.1. Семантический дифференциал внешних конкурентных преимуществ аптеки № 2, «Радуга» «Семейная».

Семантический дифференциал наглядно отражает сильные и слабые стороны аптек. Результаты рисунка согласуются с данными Табл.2.

Заключение.

В ходе исследования проведена оценка и анализ конкурентоспособности на примере Аптеки №2 МУП «Аптеки Якутска», проанализированы конкурентные преимущества данной аптеки и аптеки-конкуренты.

Выявлены сильные и слабые стороны исследуемой аптеки. Устранение отмеченных слабых сторон аптеки предусматривает разработку конкурентной стратегии, которая гарантирует рост конкурентоспособности и обеспечит ей перемещение из нынешней конкурентной позиции в более сильную.

Список литературы

1. Азоев, Г. Л. Конкуренция: анализ, стратегия и практика : учеб-ник для вузов / Г. Л. Азоев. - М. : Центр экономики и маркетинга, 2011. -208 с.
2. Азоев, Г. Л. Конкурентные преимущества фирмы : учебник для вузов / Г. Л. Азоев, А. П. Челенков. - М. : Новости, 2011. - 253 с
3. Близнюк С. В. Стратегический маркетинг торговой фирмы.— Киев, 2012
4. Демьянова О.В. Методы стратегического менеджмента: Учебное пособие. –Казань: Казанский государственный университет им. В.И.Ульянова-Ленина, 2010.\.— 119 с.

5. Дибб С.С., Симкин Л., Бредли Дж. Практическое руководство по маркетинговому планированию./ - СПб: Издательство «Питер», 2011. - 256 с.
6. Дихтль Е., Хершген Х Практический маркетинг. / - М.: Высшая школа, 2012. - 64 с
7. Зулькарнаев И. У., Ильясова Л. Р. Метод расчета интегральной конкурентоспособности промышленных, торговых и финансовых предприятий // // Маркетинг в России и за рубежом. – 2004. – № 4(24). – С. 12–23.
8. Котлер Ф. Основы маркетинга./ Ф. Котлер. - М.: . Издательство «Прогресс», 2013.- С.350
9. Мнушко З.Н.,Сафонова Н.А. Изучение конкурентоспособности аптеки. Провизор.-2002.-№ 7
10. Портер, М. Конкурентное преимущество. Как достичь высокого результата и обеспечить его устойчивость / М. Портер. – М.: Альпина Паблишер. – 2011. – 720с.
- 11.Процишин О. Р. Значение конкурентных преимуществ для торгового предприятия // Вестник государственного университета: «Львовская политехника». Сборник научных работ.— 2010.— № 6.— 204 с.
- 12.Рубин, Ю. Б. Конкуренция: упорядоченное взаимодействие в профессиональном бизнесе / Ю.Б. Рубин. - М.: Маркет ДМ, 2012. -458 с.
13. Фатхутдинов Р.А. Конкурентоспособность: экономика, стратегия, управление. – М.: ИНФРА – М. 2013. С.155, 312
14. Уварова Д.М. Подходы к оценке конкурентоспособности аптечной организации ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- 15.Хруцкий В. Е., Корнеева И. В. Современный маркетинг: настольная книга по исследованию рынка: Учебное пособие.-2-е изд.— М.: Финансы и статистика, 2011.— С. 351.
16. Развитие конкуренции на фармацевтическом рынке [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gmpnews.ru/2010/11/razvitiye-konkurencii-nafarmaceuticheskom-rynke/>
17. Webster, F. Social aspects of marketing / Webster F.// J. of marketing. 2012.

СЕКЦИЯ №50.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)

СЕКЦИЯ №51.

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)

СЕКЦИЯ №52.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)

ИЗУЧЕНИЕ ТРИТЕРПЕНОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ ГЕРАНИ БОЛОТНОЙ (GERANIUM PALUSTRE L.)

¹Позднякова Т.А., ²Бубенчиков Р.А.

¹Орловский государственный университет Медицинский институт, г.Орел

²Курский государственный медицинский университет, г.Курск

Введение.

Герань болотная (*Geranium palustre* L.) – многолетнее травянистое растение семейства Гераниевые – Geraniaceae, широко распространенное по всей территории европейской части России [7]. Трава герани болотной издавна применяется в народной медицине разных стран в качестве вяжущего, гемостатического, диуретического, противовоспалительного и ранозаживляющего средства при расстройствах желудка, энтероколите, дизентерии, легочных и маточных кровотечениях, а также для промывания гнойных ран и полоскания при ангинах [4]. Однако, как показал анализ литературных источников, химический состав растения практически не изучен. Имеются лишь данные о содержании в надземной части герани болотной дубильных веществ [6] и флавоноидов [7].

Среди биологически активных соединений природного происхождения, оказывающих влияние на протекание обменных процессов в живых организмах, несомненно, важную роль играют тритерпеновые соединения. Они обладают антигистаминным, кардиотоническим, гипохолестеринемическим, тонизирующим действием, уменьшают хрупкость кровеносных сосудов, повышают активность ряда ферментов, нормализуют липидный обмен при атеросклерозе. В практической медицине тритерпеновые соединения нашли применение как средства с отхаркивающим, мочегонным, тонизирующим и седативным действием [2].

Целью работы явилось изучение качественного состава и количественного содержания тритерпеновых соединений в траве герани болотной (*Geranium palustre* L.).

Объектом исследования служила измельченная воздушно-сухая трава герани болотной, заготовленная в Орловской области в 2014 году, в период массового цветения растения.

Методы исследования. Для определения наличия тритерпеновых сапонинов в траве герани болотной готовили спирто-водное извлечение в соотношении 1:10. Растворитель отгоняли до водного остатка, охлаждали, фильтровали и фильтрат использовали для жидкостной экстракции органическими растворителями: диэтиловым эфиром, этилацетатом, бутанолом [2]. Наличие тритерпеновых соединений определяли в бутанольных фракциях спирто-водных извлечений и водных извлечений с помощью качественных реакций:

- реакция осаждения средним ацетатом свинца (к 2 мл водного извлечения прибавляли несколько капель среднего ацетата свинца) [1];
- реакция Лафона (к 2 мл водного извлечения прибавляли 1 мл кислоты серной концентрированной, 1 мл спирта этилового 96% и 1 каплю раствора железа сульфата 10%, затем смесь нагревали) [1];
- к 2 мл водного извлечения прибавляли 1 мл раствора натрия нитрата 10% и 1 каплю кислоты серной концентрированной [1];
- реакция пенообразования (в 1 пробирку помещали 5 мл 0,1 Н раствора кислоты хлористоводородной, во 2 – 5 мл 0,1 Н раствора натрия гидроксида, затем в обе пробирки прибавляли по 3 капли водного извлечения из травы герани сибирской и сильно встряхивали) [1, 2, 3].

Кроме того, для подтверждения наличия тритерпеновых соединений, бутанольную фракцию хроматографировали в тонком слое сорбента в системе растворителей: хлороформ-этилацетат (9:1). После прохождения фронта растворителя более 10 см пластинку высушивали. Для проявления тритерпеновых соединений хроматограмму обрабатывали 20% раствором кислоты серной и термостатировали при 80°C в течение 3 минут. Зоны адсорбции тритерпеновых соединений приобретали малиновое окрашивание, устойчивое во времени [3].

Определение количественного содержания тритерпеновых соединений в траве герани болотной проводили фотоэлектроколориметрическим методом, основанным на реакции с концентрированной кислотой серной, с последующим измерением оптической плотности [5, 8].

Для этого 5,0 г сырья (точная навеска) помещали в колбу вместимостью 100 мл и прибавляли 50 мл воды очищенной. Экстрагировали на кипящей водяной бане с обратным холодильником в течение 2 часов. Полученное извлечение фильтровали в мерную колбу на 50 мл и доводили водой очищенной до метки. Далее 5 мл извлечения помещали в колбу, прибавляли 3 мл смеси концентрированной кислоты хлористоводородной и воды очищенной в соотношении 1:1, нагревали на кипящей водяной бане с обратным холодильником в течение 30 минут. Полученный раствор охлаждали под струей холодной воды и сливали в делительную воронку; колбу, в которой проводили гидролиз, ополаскивали 5 мл воды очищенной и добавляли смыв в делительную воронку, сюда же вносили 20 мл смеси хлороформ-спирт этиловый 96 % (5:1) и взбалтывали в течение 10 минут. Хлороформное извлечение фильтровали через фильтр с 5,0 г безводного сульфата натрия в колонку с 2,0 г оксида алюминия. Операцию повторяли 3 раза, используя каждый раз по 20 мл смеси хлороформ-спирт этиловый.

Хлороформные элюаты упаривали на кипящей водяной бане досуха. Сухой остаток переносили в мерную колбу на 25 мл спиртом этиловым 70 % и доводили тем же растворителем до метки. К 5 мл полученного раствора прибавляли 5 мл концентрированной кислоты серной, перемешивали. Через 30 мин измеряли оптическую плотность на фотоэлектроколориметре при длине волны 490 нм, используя в качестве раствора сравнения воду очищенную.

Результаты исследований.

Положительные качественные реакции пенообразования и гемолиза свидетельствуют о наличии в траве герани болотной тритерпеновых соединений. Реакцией Фонтан-Канделя доказано наличие тритерпеновых сапонинов. При хроматографировании экстракта травы герани болотной обнаружено четыре пятна малинового цвета, отнесенных к тритерпеновым соединениям.

Определение количественного содержания тритерпеновых соединений фотоэлектроколориметрическим методом показало, что в траве герани болотной содержится $0,16 \pm 0,01$ % тритерпеновых сапонинов.

Выводы: Результаты проведенных исследований позволили установить наличие в траве герани болотной тритерпеновых соединений, что свидетельствует о перспективности дальнейшего изучения указанного вида с целью возможности его использования в качестве нового лекарственного растительного сырья.

Список литературы

1. Гринкевич, Л.И. Химический анализ лекарственных растений / Л.И. Гринкевич, Л.М. Сафронич. – М. : Мир, 1983. – 175 с.
2. Деканосидзе, Г.Е. Биологическая роль, распространение и химическое строение тритерпеновых гликозидов / Г.Е. Деканосидзе, В.Я. Чирва, Т.В. Сергиенко. – Тбилиси, 1984. – 348 с.
3. Кондратова, Ю.А. Тритерпеновые соединения вероники австрийской / Ю.А. Кондратова, О.С. Самофалова, Е.А. Артюшенко // Молодежная наука и современность : материалы 74-й межвуз. итог. науч. конф. студентов и молодых ученых, посвящ. году молодежи в России (Курск, 21-22 апр. 2009 г.) : в 3 ч. – Курск, 2009. – Ч. 2. – С. 182-183.
4. Копейка, В.И. Семейный справочник лекарственных растений / В.И. Копейка. – Донецк : БАО, 2009. – 113 с.
5. Позднякова, Т.А. Тритерпеновые соединения герани сибирской (*Geranium sibiricum* L.) / Т.А. Позднякова // Медицина, фармация и общественное здоровье : материалы Евразийского конгр. с междунар. участием. – Екатеринбург, 2013. – С. 113-117.
6. Разаренова К.Н., Жохова Е.В. Сравнительная оценка содержания дубильных веществ в некоторых видах рода *Geranium* L. Флоры Северо-Запада / К. Н. Разаренова, Е. В. Жохова // II Гаммермановские чтения : сб. науч. тр. науч.-метод. конф. (Санкт-Петербург, 3-6 февр. 2014 г.). – СПб., 2014. – С. 95-98.
7. Растительные ресурсы России: дикорастущие цветковые растения, их компонентный состав и биологическая активность. Т.3. Семейства Fabaceae – Ariaceae / отв. ред. А.Л. Буданцев. – СПб.; М. : Т-во науч. изд. КМК, 2010. – С.113-120.
8. Старчак, Ю.А. Изучение тритерпеновых соединений травы тимьяна мелового / Ю.А. Старчак, О.С. Богатырева // Молодые ученые в решении актуальных проблем науки : сб. работ молодых ученых Междунар. науч.-практ. конф. – Владикавказ, 2010. – С. 137-138.

СЕКЦИЯ №53.

ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2015 ГОД

Январь 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы медицины в современных условиях**», г.Санкт-Петербург

Прием статей для публикации: до 1 января 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2015г.

Февраль 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**», г.Новосибирск

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2015г.

Март 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы современной медицины**», г.Екатеринбург

Прием статей для публикации: до 1 марта 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2015г.

Апрель 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Актуальные проблемы и достижения в медицине**», г.Самара

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2015г.

Май 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы и перспективы развития медицины**», г.Омск

Прием статей для публикации: до 1 мая 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2015г.

Июнь 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Проблемы медицины в современных условиях**», г.Казань

Прием статей для публикации: до 1 июня 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2015г.

Июль 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**О некоторых вопросах и проблемах современной медицины**», г.Челябинск

Прием статей для публикации: до 1 июля 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2015г.

Август 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Информационные технологии в медицине и фармакологии**», г.Ростов-на-Дону

Прием статей для публикации: до 1 августа 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2015г.

Сентябрь 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития**», г.Уфа

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2015г.

Октябрь 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Основные проблемы в современной медицине**», г.Волгоград

Прием статей для публикации: до 1 октября 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2015г.

Ноябрь 2015г.

II Международная научно-практическая конференция «**Проблемы современной медицины: актуальные вопросы**», г.**Красноярск**

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2015г.

Декабрь 2015г.

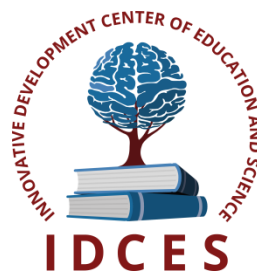
II Международная научно-практическая конференция «**Перспективы развития современной медицины**», г.**Воронеж**

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2015г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2016г.

С более подробной информацией о международных научно-практических конференциях можно ознакомиться на официальном сайте Инновационного центра развития образования и науки www.izron.ru (раздел «Медицина и фармакология»).

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАКОЛОГИИ**

Выпуск II

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(10 августа 2015г.)**

**г. Ростов-на-Дону
2015 г.**

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 11.08.2015.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 8,0.
Тираж 250 экз. Заказ № 274.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58