

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



**Актуальные проблемы медицины
в России и за рубежом**

Выпуск VI

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 февраля 2019 г.)**

г. Новосибирск

2019 г.

**Издатель Инновационный центр развития образования и науки
(ИЦРОН), г. Нижний Новгород**

Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом./ Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 6. г. **Новосибирск.** – НН: ИЦРОН, 2019. 45 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Балязин 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., профессор Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), 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., профессор 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), к.ф-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), 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., профессор 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., профессор Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., профессор Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам VI Международной научно-практической конференции «**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**», г. **Новосибирск** 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.

Статьи, принятые к публикации, размещаются в полнотекстовом формате на сайте eLIBRARY.RU.

Оглавление

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	7
СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	7
СЕКЦИЯ №3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	7
СЕКЦИЯ №4. БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	7
СЕКЦИЯ №5. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	7
СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	7
СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	7
СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	7
СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	7
СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	7
СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	7
СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	7
СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	7
СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	7
СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	8
СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	8
ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ Макарова Г.И.....	8
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	22
СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	22
СЕКЦИЯ №19. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	22

ВЛИЯНИЯ АРГИНИНА И ТАУРИНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА Требухов Ан.В. ¹ , Овчиникова Е.А. ¹ , Требухов Ал.В. ²	23
СЕКЦИЯ №20. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	25
СЕКЦИЯ №21. МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....	25
СЕКЦИЯ №22. НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27).....	25
СЕКЦИЯ №23. НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18).....	25
СЕКЦИЯ №24. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	25
СЕКЦИЯ №25. НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	25
СЕКЦИЯ №26. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03).....	25
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ Гордова Л.Д., Гришина Н.К.	26
К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ КЛАСТЕРНО-МОДУЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ Тер-Израелян А.Ю.	29
СЕКЦИЯ №27. ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12).....	32
СЕКЦИЯ №28. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02).....	32
СЕКЦИЯ №29. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03).....	32
СЕКЦИЯ №30. ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	32
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Пермякова А.В., Дерюшева А.Ю.	32
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Степанова О.С.	34
СЕКЦИЯ №31. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	36
СЕКЦИЯ №32. ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06).....	36
СЕКЦИЯ №33. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	36
СЕКЦИЯ №34. РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22).....	36

СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	36
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	37
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	37
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	37
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	37
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	37
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	37
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	37
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	37
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	37
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	37
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	37
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	37
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	38
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	38
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	38
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	38
СТРУКТУРА И ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ОТПУСКАЕМЫХ БЕЗ РЕЦЕПТА Сорокина Ю.А., Смирнова И.Е., Гаврилова Д.М.	38
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	40
ВИТАМИНИЗАЦИЯ ЖИТЕЛЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ НАТУРАЛЬНЫМИ ВИТАМИНАМИ Лукьянов С.Э.	40

СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	42
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД	43

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)**

**СЕКЦИЯ №3.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)**

**СЕКЦИЯ №4.
БОЛЕЗНИ УША, 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)**

**СЕКЦИЯ №14.
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)**

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

СЕКЦИЯ №16.
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Макарова Г.И.

врач невролог, медицинский центр «Катарсис», г. Новосибирск

Цель работы. Предложение рациональной тактики лечения пациентов со сниженным запасом метаболической прочности, которая позволит значительно уменьшить число ятрогенных осложнений и снизить летальность.

Ключевые слова: дисметаболизм, инфузионная терапия (ИТ), энтеральная терапия (ЭТ), ЧМТ, шок, алкогольная болезнь (АБ).

Особенность инфузионной терапии дисметаболических состояний

Предлагаемые размышления продиктованы исключительно практической целесообразностью. Когда формирование дисметаболического состояния больного находится на заключительной стадии, при которой индивидуальные различия в морфофункциональных изменениях, характерные для раннего периода развития того или иного заболевания, стираются - это всегда пациент, нуждающийся в междисциплинарном лечебном подходе. Или скажем точнее, в интенсивных методах терапии. В частности, стоит обратить внимание на такой широко распространённый способ лечения, как инфузионная терапия (ИТ). Не один десяток лет внутрисосудистым инфузиям отводится ключевая роль в интенсивной терапии и стоит признать их неоспоримые достоинства. И всё же в интересах безопасности пациента нельзя не сказать о некоторых противоречиях этого, в принципе, нефизиологичного для организма лечения. Многолетняя практика позволяет констатировать, что мы не особо задумываемся насколько организм конкретного больного в состоянии ответить на ИТ адекватной метаболической реакцией и распределить инфузируемый раствор с максимальной пользой для себя. Вполне возможно, что у пациента с нормальным или умеренно нарушенным метаболизмом, допустим, при остром гиповолемическом синдроме нам удастся достаточно скоро стабилизировать гемодинамику путём внутривенного введения небольшого объёма низкомолекулярной кристаллоидной среды и поддержать кровообращение. В данной ситуации ИТ, проводимая с конкретной целью - устранение гипотензивной клиники, выступит в роли симптоматического лечения. Благодаря быстрому достижению положительного гемодинамического эффекта с нормализацией артериального давления (АД), центрального венозного давления (ЦВД) и прочих показателей отпадает необходимость в массивной ИТ, что позволит избежать чрезмерной водной нагрузки, последующей дисрегуляции метаболизма, а значит, затяжного течения болезни. Представим обратное. Сколько потребуется проинфузировать точно такого низкомолекулярного глюкозо-солевого раствора для оптимизации гемодинамики только уже больному с тяжёлыми обменными, структурно-функциональными нарушениями и грубо расстроенной нейроиммунноэндокринной регулирующей системой. Иначе говоря, речь идёт о глубоком дисметаболизме, когда клинико-лабораторные показатели изначально находятся на уровне суб- или декомпенсации. При попытке восстановить у подобного пациента хотя бы минимальное систолическое АД, для поддержки гемодинамики, объём инфузий может на много превысить суточную норму жидкости, которая обычно соответствует 2-3 литрам потребности взрослого человека. В результате основные витальные функции, то есть триада Кушинга: АД, частота сердечных сокращений (ЧСС) и частота дыхания (ЧД) подчас остаются критическими вплоть до летального исхода, поскольку организм этого больного не способен гармонично, без вреда для себя, усвоить внутривенно вводимый инфузат. Таким образом, инфузии, несущие циркуляторную нагрузку на организм с малым запасом метаболической прочности и низкими адаптационными резервами, однозначно, увеличивают опасность появления ятрогенных госпитальных осложнений. К примеру, таких как некардиальный отёк лёгких, который ещё принято именовать «шоковое» лёгкое или респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ). Это осложнение,

являясь причиной смерти до 50-70% [5], сопутствует как соматическим, так и хирургическим острым состояниям.

Утверждение, что проведение ИТ пациенту с выраженным нарушением метаболизма клинически значимый фактор риска можно убедительно обосновать с патофизиологической точки зрения. Гарантом гомеостаза, а по-другому, постоянства внутренней среды организма (Bernard C., 1974) служит адекватный водно-электролитный баланс или динамическое равновесие составов между двумя водными пространствами организма: сосудистым и внесосудистым (интерстициально-клеточным). Нарушение динамического равновесия составов, указанных водных секторов, ведёт к дестабилизации гомеостаза. Будет ли нестабильное состояние гомеостаза временным (острым), длительно существующим (хроническим), либо закончится гибелью больного зависит от того насколько выражена эта нестабильность и как скоро водно-электролитный дисбаланс между водными секторами удастся устранить. В свою очередь, динамическое равновесие составов двух водных пространств поддерживается с помощью активного и пассивного массопереноса жидкости с растворёнными в ней веществами через биологические мембраны. Активный массоперенос осуществляется вопреки разнице концентраций веществ по обе стороны клеточной мембраны, преодолевая которую организм вынужден затрачивать определённое количество энергии. Это говорит в пользу того, что активный массоперенос может проявлять свою дееспособность в полной мере только у пациента со стабильным метаболизмом и достаточным энергоресурсом. В идеале, у здорового человека молодого возраста. Пассивный массоперенос, напротив, происходит в соответствии концентраций веществ на противоположных сторонах биологической мембраны, а потому в силу своей инерции он не нуждается в энергозатратах. По этой причине пассивный массоперенос является неотъемлемым признаком метаболически и энергетически непрочного организма. Скажем, у пожилых или больных, истощённых хронической патологией. Причём, у лиц в состоянии глубокого дисметаболизма затруднена не только выработка собственной энергии, но и утилизация, поступающих извне энергонесущих средств. Для всех носителей дисметаболического статуса в той или иной степени характерны следующие патологические особенности:

- генерализованное поражение эндотелия с повышенной проницаемостью микрососудов и нарушением капиллярного кровотока;
- гипоальбуминемия;
- отрицательные эффекты антидиуретического характера (увеличение АДГ и альдостерона, нарушение первично-почечной обработки натрия).

Нет сомнения, что при таком структурно-функциональном состоянии организма внутрисосудистое гидростатическое давление всегда повышено, а осмотическое, наоборот, снижено. В условиях энергодефицита, вектор движения, доминирующего в этом случае, пассивного массопереноса воды и содержащихся в ней субстратов, будет вынужден стремиться за пределы сосудистого русла, то есть в сторону внесосудистого пространства, поддерживая определённый уровень гипергидратации в виде интерстициально-клеточного отёка. В связи с перечисленными факторами, динамическое неравенство составов водных секторов, а стало быть, длительно некомпенсируемая гиповолемия и системная гипергидратация, просто, обязаны присутствовать у любого обладателя дисметаболизма на постоянной (хронической) основе. Опираясь на вышеописанную патофизиологию, очевидна прямопропорциональная зависимость: хроническая гиповолемия и гипергидратация будут более выраженными у того больного, у которого метаболизм дезорганизован сильнее. Это необходимо учитывать при лечении с помощью ИТ, если мы не желаем, чтобы тот или иной пациент пополнил статистику инвалидов или умерших.

Несмотря на всю свою антифизиологичность, ИТ на сегодня по-прежнему представляет собой один из наиболее востребованных способов стабилизации гомеостаза. Как ни странно, в первую очередь в интенсивной терапии тяжёлых больных, критическое состояние метаболизма которых требует учитывать его неустойчивость к водным нагрузкам и опасность возникновения госпитальных осложнений. Между тем, для дисметаболического пациента с наличием стойкого гиповолемического и гипергидратационного синдромов, сосудистые инфузии небезобидны даже при использовании, вроде бы хорошо зарекомендовавших себя, биокolloидных плазмозаменителей - гидроксипропилкрахмалов (ГЭКов). Крупные молекулы данных биокolloидов, «запечатывая» поры в повреждённом эндотелии [9], затрудняют возвращение жидкости из интерстиция обратно в сосуды, усиливают хроническую гиповолемию, а, соответственно, и гипергидратацию ещё больше. В свою очередь, клинический опыт показывает, что результат инфузирования низкомолекулярных глюкозо-солевых сред - базисных в ИТ, для лиц с дисметаболизмом (особенно в случаях его крайнего проявления) может оказаться ещё более

неблагоприятным, чем применение ГЭКов. Насколько пассивный массоперенос будет больше преобладать над активным, а проницаемость сосудов малого калибра сильнее выражена, настолько меньше существует препятствий для экстравазации инфузируемых растворов во внесосудистое пространство, их депонирования там и формирования отёчного синдрома. По мере нарастания гипергидратации, когда каждая клетка организма чисто механически заполняется водой до упора как чаша «до краёв», функциональная способность увеличенных в объёме тканей и органов в целом неуклонно стремится к нулю. В ситуации всеобщей неуправляемости метаболизма, невзирая на использование иногда двух, а то и трёх, вен одновременно при выполнении ИТ, артериальная гипотензия и тканевая гипоксия продолжают прогрессировать. На фоне подобного срыва ауторегуляции, восстановить с помощью ИТ стандартные показатели гемодинамики, задача вроде вполне решаемая. В то же время возможно ли гемодинамические события такого рода считать адекватными, если даже при достижении функционального значения АД, полноценное кровоснабжение органов и систем (питание и оксигенация) всё равно отсутствуют, то есть ожидаемой реперфузии по-прежнему не происходит? А без этого нет улучшения состояния, нет гарантии выздоровления. Получается достаточно наглядная демонстрация парадоксального сочетания параметров: адекватные витальные признаки (АД, ЧСС, диуреза и т.д.) с одной стороны, но при этом недостаточный уровень кровоснабжения и питания тканей - с другой. В нескольких исследованиях при проведении ИТ показано, что 75-80% больных имели избыток лактата - «неадекватная тканевая перфузия» в условиях нормальных АД, ЧСС и темпа диуреза [6]. По большому счёту, приведённый пример представляет собой процентное выражение псевдокоррекции гемодинамики при ИТ у пациента в состоянии критического дисметаболизма. Псевдокоррекцию можно без труда подтвердить соответствующими лабораторными данными (уровнем гликемии, лактата, оснований, соотношением лактат/пирувата). Более того, этот процентный показатель означает предположительное количество больных, угрожаемых по госпитальным осложнениям в силу неадекватной тканевой перфузии при выполнении ИТ. **А если сказать по-другому, то получается: вероятность госпитальных осложнений и летальных случаев в условиях некорректной ИТ составляет до 75-80%! Обобщая сказанное, необходимо признать, что применение нефизиологичной ИТ при лечении больного в состоянии глубокого дисметаболизма затрудняет жизненно значимые для организма механизмы:**

-оптимальное распределение, имеющейся в организме, жидкости с растворёнными в ней ингредиентами по двум водным пространствам, то есть достижение динамического равновесия составов каждого из них с устранением концентрационно-осмотических сдвигов;

-удаление «лишней» воды из интерстициально-клеточного пространства с нивелированием водно-электролитной перегрузки организма (отёчного синдрома);

- ликвидацию гемоперфузионной недостаточности тканей органов (систем), и их снабжение необходимыми питательными элементами с нормализацией полноценного функционирования.

Следовательно, если у больного с нарушенным метаболизмом выше названные физиологические механизмы не функционируют адекватно, значит, будет затруднено и решение основных терапевтических задач:

- замедление экстравазации внутрисосудистой жидкости в интерстиций;

- регресс гипергидратации;

-достижение устойчивой коррекции гемодинамики;

-восстановление фильтрационно-реабсорбционного механизма обмена веществ;

-обеспечение детоксикации;

-предупреждение гипоксии;

-купирование гиперметаболической и катаболической направленности метаболизма;

-снижение риска развития системной бактериальной инфекции;

- устранение (профилактика) синдрома полиорганной недостаточности (СПОН).

Без выполнения вышеперечисленных задач о стабилизации гомеостаза и выздоровлении пациента не может быть речи. Затяжное течение болезни увеличит сроки его пребывания в лечебном учреждении. По причине внутрибольничных осложнений, ятрогенных по своей сути, многократно возрастут материально-денежные траты на лечение и уход за таким больным. Навязывая хрупкой биологической системе методы терапии, далекие от её физиологических возможностей, видимо, не стоит надеяться на положительный результат? Клетки - основные метаболические единицы не могут до бесконечности наполняться водой, подвергаясь разрушению, так как у всех структурных образований организма имеются чётко очерченные границы обратимости, за которыми начинается точка невозврата. Из-за длительной дисфункции метаболизма и несовместимых с жизнью осложнений пациент может погибнуть. Либо сформировавшиеся

остаточные явления у выжившего больного приведут к его стойкой инвалидизации и социально-бытовой дезадаптации, что отрицательно скажется на продолжительности и качестве жизни. Закономерно напрашивается вывод: чем потенциал организма метаболически нестабильнее и энергетический беднее, тем больше, в связи антифизиологичностью, ИТ как метод лечения будет препятствовать выздоровлению пациента, способствуя госпитальным осложнениям и смертельному исходу.

Изложенная здесь информация позволяет критически переосмыслить не только общепатологические, но и некоторые частные вопросы. Ни для кого не секрет, что больным в клинически тяжёлом состоянии, скажем, при сосудистых катастрофах (инсульте, инфаркте), острых инфекциях (менингите, пневмонии), в критических случаях онкологии, дегенеративных заболеваниях (рассеянном склерозе) и других болезнях капельное введение лекарственных препаратов применяется весьма широко. При этом в качестве инфузионного растворителя в своём большинстве используются всё те же низкомолекулярные среды. Само собой, речь идёт о лицах с крайне нестабильным метаболизмом. Поэтому, учитывая опасность отрицательного воздействия инфузионной водной нагрузки на морфофункциональные параметры дисметаболического организма, исключить госпитальные осложнения, а то и гибель подобных больных вряд ли получится. Помимо прочего, на фоне негативной реакции нестабильного метаболизма на агрессивное воздействие объёмных вливаний, в итоге сами инфузируемые фармсредства могут оказаться малоэффективными. Получается, что ограничение использования некоторых лекарств, казалось бы, с заведомо высоким уровнем доказательности связано ни столько с их фармакокинетикой или фармакодинамикой, сколько происходит по вине раствора, с помощью которого те поступают в организм больного! Конечно, такая незаслуженная дискредитация препарата не позволит оправдать не только терапевтические возможности вводимого лекарства, но, кроме того, ожидания от компенсации финансовых затрат, обеспечивших его многоцентровое исследование. Стоит ли рисковать неустойчивым состоянием метаболизма пациента, а также репутацией фармакологического средства, в то время как никто не отменял болюсное инфузирования, а, значит, есть возможность выбора более безопасного способа введения фармпрепарата? Ведь гораздо выгоднее при лечении больного с непрочным метаболическим статусом отдать предпочтение болюсному методу, при котором вместо больших объёмов (как это принято при капельной внутривенной ИТ) используется ограниченное количество растворителя (10-30 мл)? А для достижения необходимой дозы лечебного препарата болюсную процедуру можно повторять, через определённые временные интервалы. Причём достаточно быстрая стабилизация гомеостаза, благодаря рациональному терапевтическому подходу, позволит уменьшить как водные объёмы, так и дозировку вводимого лекарства, но главное, значительно снизит вероятность возникновения ятрогенных госпитальных осложнений и смертельных случаев.

И, наконец, при современном стандартном подходе ИТ представляет собой неотъемлемую и главную составляющую протокола интенсивной терапии при черепно-мозговой травме (ЧМТ). В России ежегодно ЧМТ получают 600 тыс. человек, из них 50 тыс. погибают, а 50 тыс. становятся инвалидами. А вообще, в мире ежегодно от ЧМТ погибает 1,5 миллиона человек и 2,4 миллиона с травмой головы становятся инвалидами [7]. Головной мозг - своеобразный компьютер, координирующий связь между различными системами организма. А потому, несмотря на небольшую массу (в среднем 1300 грамм), это чрезвычайно важный и одновременно самый уязвимый орган. Занимая всего 1-2% от массы тела, мозг потребляет до 25% энергии, прежде всего, его кора как наиболее энергозатратная часть. Нижележащие отделы головного мозга, в своей основе представленные подкорковыми ядрами и стволом, являются более древними и относительно устойчивыми к повреждению. Подкорковые образования мозга, конечно, если они сами не подверглись фатальной травматической деструкции, способны спонтанно на какое-то время «отключить» энергозависимую кору. В результате подобных изменений корково-подкорковых взаимоотношений возникает кома, означающая естественное энергосберегающее защитно-приспособительное торможение. Иными словами, кома как важнейший механизм самоуправления - это ещё далеко не конец способности головного мозга контролировать процессы восстановления организма. Во время комы путём изоляции от внешней деятельности коры, малозначащей для организма в экстренных условиях, подкорковые разделы мозга позволяют централизованно организовать экономное потребление энергии. В первую очередь теми системами (кровообращение и дыхание), функции которых обеспечивают головному мозгу возможность исполнять роль регулятора до самого конца, то есть до его биологической смерти. Исходя из предложенной информации, получается, что каким бы не было терапевтическое воздействие, учитывая небольшую массу и особую уязвимость головного мозг, он всегда остаётся главной мишенью. Отсюда, универсальным требованием к любому лечебному мероприятию должно быть такое,

которое бы преследовало щадящий подход в первую очередь к мозгу пациента. Необходимо учитывать, что при любом диагностическом варианте ЧМТ, диффузное аксональное повреждение мозга, в той или иной мере, всегда присутствует. Происходит разрыв коммуникаций, передача нервного импульса искажается или полностью прерывается, что ведёт к последующим нейрофизиологическим нарушениям. Для травмированного мозга в состоянии отёка и метаболического угнетения, ежедневная ИТ глюкозо-солевыми растворами пусть в объёме 15-35 мл/кг/сут, всё равно будет излишней водной нагрузкой. Впрочем, не факт, что мозгу, в состоянии глубокого дисметаболизма, смогут гарантировать безопасность и каллойдные крахмалосодержащие плазмозаменители (о которых уже выше упоминалось). Условие, при котором капилляры, длительно «запечатанные» крупными каллойдными молекулами, само по себе, станет препятствием для возвращения воды из внесосудистого сектора обратно в сосудистое русло, этим поддерживая системную гиповолемию и гипергидратацию, в том числе отёк мозга. Итак, внутривенная ИТ, практически независимо от свойств инфузируемой среды, сама может быть непосредственной причиной продолжительной комы у лиц с посттравматическим синдромом. Также известно, что одно из ключевых мест в ведении пациента в коме занимает аппаратное искусственное управление. Надо отдать должное специализированной медицинской аппаратуре, которая во многих ситуациях позволяет индивидуально отслеживать функциональные показатели больного. Вместе с тем необоснованно длительное искусственное регулирование, не являясь физиологичным способом вмешательства, не может ни влиять негативно на жизнеспособность организма и, прежде всего, мозга. Искусственно поддерживаемая кома, медикаментозно индуцированная высокими дозами барбитуратов и их производными якобы для улучшения кровообращения и метаболизма головного мозга, опасна тем, что при глубоком корково-подкорковом разобщении зачастую в угнетённом состоянии одновременно оказываются как кора, так и нижележащие структуры мозга (подкорка) длительное время. Не может быть безобидным тотальное неучастие головного мозга в управлении жизнедеятельностью собственного организма, когда все уровни ауторегуляции одним разом «выключаются» надолго. Поскольку никакие, управляемые реанимационным компьютером и, признаться, недешёвые технические ухищрения не в силах заменить оценивающие и корректирующие функции самого мозга. В условиях продолжительной медикаментозной комы (на фоне агрессивной ИТ и аппаратного управления) возможность мозга влиять на результат лечения будет быстро приближаться к нулевой отметке. Что, разумеется, не допустимо. Таким образом, в случаях крайней разрегулированности метаболического статуса особо важно проявлять деликатность и ненужным врачебным рвением не препятствовать, собственным ресурсам организма, восстанавливать тот структурно-функциональный минимум, который необходим для выхода больного из комы. Затянувшийся диффузный отёк и кома (в равной мере как при ЧМТ, так и при любой другой патологии) для пациента могут закончиться весьма плачевно. А именно, ишемическим повреждением мозга с развитием постгипоксической энцефалопатии и непоправимыми интеллектуально-мнестическими дефектами вплоть до декортикации с формированием хронического вегетативного состояния (ХВС) или, по-иному, апаллического синдрома. ХВС - это симптомокомплекс, возникающий в силу глубокого нарушения функции коры головного мозга или её полной атрофии с необратимой гибелью, но с частично сохранённой деятельностью ретикулярной формации и подкорковых разделов. Как правило, представляет собой наиболее неблагоприятный вариант выхода пациента из длительной комы. ХВС как логическое завершение грубого нарушения церебрального метаболизма, при котором, в той или иной степени, наблюдается утрата вербального контакта, речи, активных движений, психических и когнитивных функций. В общем, всего того, что напрямую связано с высшей нервной деятельностью коры мозга. Однако, при относительной дееспособности нижележащих центров головного мозга, могут сохраниться функции, поддерживающие жизнедеятельность организма (дыхательные движения, работа сердца, системный кровоток, цикл сна и бодрствования). В России нет точных статистических данных распространения ХВС, но можно предположить, что они не сильно разнятся с показателями других стран, так как стандарты лечения той или иной патологии в мире примерно одинаковы. По данным литературы, в США насчитывается 40-60 случаев вегетативного статуса на 1 млн. взрослого населения и 16-40 случаев на 1 млн. детского (Л. Лихтерман, И. Климов, 2013 г.). В конечном итоге создается впечатление, что ИТ, искусственная регуляция и медикаментозное «погружение» в коматозное состояние нуждается в максимальном сокращении, так как всё перечисленное играет отнюдь не последнюю роль как в инвалидизации, так и летальности. При отсутствии специальных статистических разработок и конкретных цифр трудно сказать насколько велико отрицательное значение ИТ для демографического и материально-финансового благополучия народонаселения. Но то, что оно огромное - вне всяких сомнений. С учётом этой тенденции, следует предположить, что единственным способом, позволяющим хоть в какой-то степени

избежать негативных последствий ИТ, по всей видимости, является пересмотр тактики лечения лиц со сниженным запасом метаболической прочности.

Энтеральная терапия как рациональная тактика лечения дисметаболизма

Насколько известно из истории медицины, до наступления «эры» ИТ способ поступления жидкости в организм больного был естественным, преимущественно через ротовую полость. Вместе с тем, в последние десятилетия наличие прекомы или комы почему-то считается поводом для ограничения орального введения лечебно-питательных сред, то есть физиологичного и, напротив, «убедительным» показанием для внутривенной ИТ, которая противоестественна для организма, особенно в состоянии глубокого дисметаболизма. Такие вот парадоксы! На сегодняшний момент оральное (энтеральное) использование растворов не рассматривается самостоятельной терапевтической тактикой, а представляет собой «нутриционную поддержку» к ИТ. Скажем точнее, что-то вроде дополнения к основному лечению. Впрочем, пероральное введение жидких лечебно-питательных средств даже в таком ограниченном качестве в силу своей органичности способствует:

- снижению частоты госпитальных осложнений и летальности;
- сокращению сроков пребывания пациента в лечебном учреждении;
- уменьшению стоимости лечения.

Предупредить окончательную дестабилизацию организма метаболически тяжёлого пациента при наличии профузного капиллярного «просачивания» плазмы крови - проблема чрезвычайно непростая. Отчего всякое уважающее себя медучреждение, в обязанность которого входит оказание интенсивной помощи, считает своим долгом, во что бы то ни стало, создать отделение гемокоррекции, оснащённое высокотехничной дорогостоящей аппаратурой. Известно, что в основе экстра- и интракорпоральных методов гемокоррекции (эфферентной терапии) лежит попытка моделирования физиологических механизмов. Стремлению подражать естественным законам физиологии нельзя отказать в разумности. Одно смущает: при эфферентном лечении применяется всё тот же антифизиологичный способ инфузии сред, не имеющих полной совместимости с организмом в конкретный момент его существования. При этом инфузия происходит с использованием ещё больших объёмов жидкости, чем при традиционной внутривенной ИТ. На сегодня не редкость, когда организм больного, накануне перегруженный массивной ИТ, в состоянии декомпенсации клеточного метаболизма и подавления иммунной защиты вновь подвергается патофизиологической нагрузке, но уже посредством эфферентного вмешательства. Отсюда и результат неоднократных сеансов, к примеру, того же аппаратного гемодиализа будет ожидаемым. Всё может обойтись умеренными остаточными явлениями, когда организм пациента для самовосстановления имеет определённый запас физиологической прочности. Если же речь идёт о человеке немолодом, метаболический статус которого изношен возрастом и хроническими болезнями, то самое лучшее он станет инвалидом, а худшее - погибнуть. Похоже, лечебной пользы от эфферентных методик (как и в случае классической ИТ), тем меньше, чем дезорганизация метаболизма больного бесспорнее.

Мы ведь явно ошибаемся, если полагаем, что исключительно врач знает как помочь пациенту в тяжёлом кризисном состоянии метаболизма. Здесь самое время вспомнить, что человеческий организм действительно располагает уникальными природными возможностями. При отсутствии жизненно значимых анатомических и морфофункциональных повреждений, не подлежащих восстановлению, у больного сохраняется способность самостоятельно устранять «сбой» в программе саморегуляции даже в состоянии грубейших нарушений метаболизма. Более того, именно у пациента, чьи признаки дисметаболизма выражены сильнее, собственные ресурсы выживания превосходят корригирующий потенциал интенсивной терапии. Так почему бы такому пациенту не дать шанс выжить за счёт способности организма к самовосстановлению, отказавшись от организационно сложных, не всегда щадящих, иногда баснословно дорогих терапевтических технологий? Проявляя врачебный такт, используя тонкие нейрорегуляторные настройки самого организма не попытаться «насиленно» переориентировать движение неуправляемого массопереноса воды с растворёнными в ней компонентами из внесосудистого сектора обратно в микроциркуляторное русло, тем самым стабилизировать гемодинамику и гомеостаз у больного с критически нарушенным метаболизмом? В пользу такого самоограничения экстравазации плазмы и «вынужденного» разворота массопереноса в обратном направлении свидетельствуют следующие результаты исследования. После введения солевого раствора в ЖКТ новорождённой крысе внеклеточная жидкость перемещается в пищеварительный тракт, при этом её убыль возмещается водой из клеток [5]. Проще говоря, ЖКТ может служить тем «центром», специально завышенной осмолярности, ориентируясь на который поток массопереноса будет вынужден изменить траекторию своего движения на кардинально

противоположное. Во время такого «принудительного» течения массопереноса из интерстиция в сторону ЖКТ, одновременно, в силу врождённой генетической предопределенности, происходит распределение воды (вместе с растворёнными в ней веществами) по двум секторам, а заодно, и стабилизация динамического равновесия их составов. В свою очередь, оптимизируются как показатели гемодинамики, так и гомеостаза в целом. Естественная коррекция гемодинамики позволяет не только устранить критический уровень гиповолемии, достичь целевых значений АД, ЦВД и далее, но самое важное, возобновляется полноценное кровоснабжение и оксигенация тканей (что не всегда возможно при лечении дисметаболического пациента с помощью ИТ и эфферентных методик). Адекватная реинфузия обеспечивает питание всех структур организма и прерывание различных механизмов смерти (апоптоза) клеток. Что же касается системной гипергидратации, то, за время гармоничного распределения массопереноса по водным секторам, «лишняя» жидкость так же, естественным образом, выводится из организма. Отёчный синдром постепенно нивелируется. В интерстициально-клеточном пространстве остаётся то количество воды с растворёнными субстратами и в том соотношении, которое примерно в норме соответствует тканям данных органов и систем. В конце концов, эффективность восстановления тканевого метаболизма можно легко подтвердить лабораторными маркерами (уровнем лактата, соотношением лактат/пирувата и прочее). В итоге, отёк головного мозга тоже сходит нонет. Между структурами мозга происходит медленное восстановление нейрональных ассоциативных связей. Последнее немаловажно для нормализации деятельности нервной системы, непосредственно участвующей в нейрогуморальном контроле над реакциями организма при его восстановлении. Получается, что при рациональном врачебном подходе ни что иное как функции ЖКТ, посредством орального введения соответствующих растворов, могут выступить в роли природного инструмента для «переформатирования» нарушенной программы тканевой регуляции. Одним словом, в случае глубокого дисметаболизма при наличии высокой капиллярной проницаемости и прочих критических морфофункциональных нарушений, ЖКТ, способствуя замедлению экстравазации и стабилизации постоянства внутренней среды организма, полностью себя оправдывает как центральное звено гомеостаза. Из чего следует, что целенаправленное оральное (энтеральное) использование жидких лечебно-питательных сред, позволяющих восстановить гомеостаз естественным образом, будет уместно признать самостоятельной терапевтической тактикой. Допустим, под названием энтеральная терапия (ЭТ), потому как анатомически основные коррегирующие механизмы осуществляются на уровне кишечника. Подобная оптимизация метаболического статуса обладает принципиальными преимуществами: высоким профилем безопасности, малозатратностью и относительной простотой выполнения. Итак, если не подражать абстрактной физиологии, применяя ИТ и/или эфферентные методики в лечении метаболически тяжёлого состояния, тщетно пытаясь стабилизировать гомеостаз противоестественным для организма способом, а просто взять и воспользоваться собственными реабилитационными возможностями больного, то всё может получиться несравнимо более результативно и экономно.

Как показала личная врачебная практика, ЭТ действительно является самым эффективным, безопасным и общедоступным способом стабилизации гомеостаза как раз для лиц с критически нарушенным метаболизмом, нередко в реально бесперспективных случаях. Поэтапная стратегия ЭТ предполагает лечение такого больного начинать с перорального введения электролитных глюкозо-солевых сред, типа регидрон (Финляндия) или тригидрон (Россия). Благодаря содержанию хлорида калия, цитрата натрия, декстрозы и прочих ионных компонентов препараты обеспечивают в полости ЖКТ необходимый уровень осмолярности. Между тем, чтобы ограничить нагрузку на ослабленный организм в начальный период проведения ЭТ, необходимо соблюдать определённые условия. Наиважнейшее из них - объём суточной нормы лечебно-питательных растворов желательнее не превышать. Потом, оральные жидкие средства не могут быть гиперосмолярными и высококалорийными. И последнее: их пероральное поступление должно осуществляться дозированно и порционно. Пациентам в состоянии прекомы или комы ЭТ необходимо выполнять исключительно щадящим сипинговым способом, то есть непосредственно через ротовую полость отдельными глотками. Существуют две разновидности сипинга. Полным сипинговым методом имеет смысл воспользоваться, когда сознание и глотание больного относительно сохранены, и он ещё способен самостоятельно принимать лечебно-питательные средства. В случае более глубокого расстройства сознания, значительного снижения или отсутствия глотательного рефлекса уже потребуются частичный сипинг, осуществляемый буквально в режиме орального капельного введения с помощью трубочки, шприца, зонда и прочее. При этом эксплуатация безусловных оральных автоматизмов (хоботкового, поискового и сосательного), активируемых приспособлениями для выполнения частичного

сипинга, может оказаться самым простым и надёжным способом восстановления функций мозга! Разумеется, при условии, что жизненно важные структурно-функциональные параметры организма ещё находятся в границах обратимости. Дело в том, что безусловные двигательные рефлексы, сопряженные с деятельностью подкорковых разделов мозга, у новорождённого существуют в норме, но, по мере всё большего вовлечения коры в управление организмом, угасают в течение первого года жизни ребёнка. Однако в состоянии комы, когда кора угнетена, и нижележащие отделы головного мозга пациента вынуждены брать на себя основную регуляторную нагрузку, безусловные автоматизмы заявляют о себе вновь и могут быть успешно использованы (как это происходит в младенчестве) для поддержки жизнедеятельности собственного организма. Активация оральных безусловных реакций у коматозного больного, по закону обратной связи, стимулирует не только возобновление глотательной, но и других функций. Нейропротекция происходит фактически насильственно. Вместе с тем медленно, но процесс повреждения тканей головного мозга локализуется. Оёк мозга и другие патологические феномены, на фоне ЭТ, постепенно регрессируют. Восстановление сознания является достоверным признаком нормализации ауторегуляторных функций коры. Параллельно возобновляются все механизмы ЖКТ, участвующие в приёме и утилизации лечебно-питательных сред. В конечном счёте, органичность ЭТ, обеспечивая относительно быстрый выход пациента из коматозного состояния, позволяет отказаться от его подключения к аппарату искусственного жизнеобеспечения или время такого подключения максимально сократить. Это, в свою очередь, помогает избежать тяжёлой когнитивной дисфункции мозга и прочих негативных последствий продолжительной комы.

Далее, на адаптирующем этапе лечения метаболически тяжёлого пациента целесообразно воспользоваться сбалансированными оральными смесями для клинического питания. Надо сказать, что имеется огромный выбор лечебно-питательных средств, обладающих приятным вкусом и хорошими реологическими свойствами, которые позволяют вводить их в ЖКТ. Нутриционные продукты могут быть как общего плана, так и специально созданные для пациентов с преобладанием той или иной патологии. В том числе с учётом особенностей детского организма. Лечебное питание, применяемое в целях восстановления трофического гомеостаза, в течение длительного времени может быть единственным источником энергии и основных веществ, удовлетворяющих суточную потребность организма по всем макро- и микронутриентам. Нутрицевтики важно задействовать грамотно, опираясь на их конкретное предназначение и уровень нарушения метаболизма больного. Восстановлению биоэнергетики клеточно-интерстициальных структур у лиц с крайне тяжёлыми метаболическими нарушениями наиболее всего содействуют полуэлементные (олигомерные) лечебно-питательные препараты. Эти низкокалорийные смеси содержат незаменимые микронутриенты, которые не требуют глубокой ферментации. К примеру, Пептисорб, Нутрилон пепти ТСЦ («Нутриция» Нидерланды), Нутриэн элементаль («Нутритек» Россия), Интестамин, Фрезубин («Фрезениус» Германия), Берламин Модуляр (Берлин-Хеми/Менарини Италия). Олигомерные микронутриенты, обуславливая высокую эффективность у больных со значительно пониженной возможностью усваивать поступающие вещества, могут использоваться при нарушениях как внутриполостного, так и пристеночного пищеварения. Затем на последующих этапах лечения, по мере устранения обменных и морфофункциональных нарушений, появляется возможность перейти к введению оральных растворов более высокого калоража. Поэтапное применение оральных питательных сред, способствует не только полноценному возобновлению полифункциональной деятельности ЖКТ, равным образом профилактический и лечебный эффект распространяется на структуры и функции всего организма. Физиологичность ЭТ, создавая условия для коррекции клеточного метаболизма, обеспечивает такую мощную фармаконутритивную поддержку организма, при которой удовлетворяются все его энергетические и пластические потребности. Как видим, больной имеет реальную перспективу, иногда единственную, за счёт ЭТ предотвратить окончательный метаболический хаос, профилактировать ятрогенные осложнения и смертельный исход. По-существу, ни много ни мало, как собственными силами спасти самого себя! Тем более что наш организм - саморегулирующая автономная система способна быстро меняться, располагая широким арсеналом структурно-функциональных приспособительных реакций.

Безусловно, ЭТ как терапевтическая тактика необходима, прежде всего, пациенту в состоянии крайне тяжёлого дисметаболизма. В то же время, на сегодняшний день именно для таких состояний, как: шок, сепсис, анурия, тотальная ишемия кишечника, гиперлактатемия, тяжёлая гипоксия, ацидоз оральное применение лечебно-питательных растворов имеет относительные и абсолютные ограничения [4]. Впрочем, если учесть ряд моментов, грубое нарушение метаболизма категорически не может быть мотивацией для подобных противопоказаний. Во-первых, современные фармакологические технологии позволяют

придерживаться принципа: «если ЖКТ работает - используй его, если нет - заставь его работать» [4] с помощью ЭТ. Во-вторых, ЭТ способствует оптимизации метаболизма больного практически независимо от тяжести состояния последнего. Налицо все необходимые составляющие, которые могут гарантировать восстановление метаболического статуса пациента до относительно стабильного уровня. Другими словами, вышеупомянутые противопоказания, призванные ограничить оральное введение лечебно-питательных сред больному с выраженными нарушениями метаболизма, надо рассматривать не иначе как серьёзное препятствие к его выздоровлению. Вследствие чего, их следует отменить. Таким образом, ЭТ, представляя собой прогрессивное направление в лечении лиц с серьёзными нарушениями метаболизма, обоснованно нуждается в признании и широком практическом внедрении. При этом бесспорно, ИТ имеет право на своё существование, хотя, учитывая её антифизиологичность, применение данного лечебного метода требует определённой взвешенности, как-то:

-расчёт объёма парентеральных сосудистых инфузий необходимо осуществлять под контролем лабораторных показателей, позволяющих судить о степени нарушения метаболизма каждого конкретного пациента;

-для больных с тяжёлой формой дисметаболических состояний сформулировать строгие ограничительные показания, вплоть до полного отказа от внутривенной ИТ в пользу орального введения лечебно-питательных растворов.

Справедливости ради, стоит обратить внимание на наличие объективных причин пересмотра рекомендаций и для парентерального питания (ПП), при котором используется всё тот же, «неродной» для организма, внутрисосудистый путь инфузирования жидких лечебно-питательных средств. Со всеми, отсюда вытекающими, отрицательными последствиями для пациента в состоянии грубого дисметаболизма. Вместе с тем необходимо учитывать ситуации, когда ПП является оправданной потребностью: временное исключение желудочно-кишечного пищеварения или некоторые пороки развития.

Помимо прочего, представленный анализ позволяет по-новому взглянуть и на такую проблему международного масштаба, как шок. Несомненно, ИТ внесла путаницу не только в концепцию патогенеза и противошоковой терапии, но также в само понятие биологической сущности шока. Существует более сотни определений шока. И всё же, с точки зрения практической медицины, шок означает полиэтиологичную (стрессиндуцированную, травматическую и прочее) острую защитную реакцию организма на сверхсильное внезапное воздействие. В настоящее время, во многом по причине необоснованной инфузионной нагрузки, острая оборонительная шоковая реакция превратилась в более сложное патологическое явление - продолжительную болезнь (ожоговую, травматическую и далее), с непредсказуемыми итогами для больного. Когда пациенты, поступающие из мест аварий и катастроф в лечебное учреждение в состоянии шока, погибают не от самой шоковой реакции как таковой, а от полиорганной патологии в результате продолжительных дисметаболических процессов на фоне лечебного процесса. Клиницисту и морфологу теперь часто приходится иметь дело с «продолжительным шоком» [5]. Что свидетельствует о превращении проблемы клинического шока из сугубо медицинской в социальную. Успехи терапии шока в индустриально развитых странах ещё долго могут оставаться скромными, пока однажды не поймём, что режим противошоковой терапии у пациентов, ослабленных «букетом» хронических болезней, а также у малолетних детей или стариков, не может быть точно таким же, как у людей с устойчивым метаболическим статусом молодого и среднего возраста. По уровню запаса метаболической прочности - это отнюдь не равнозначные категории больных, а потому нередко требующие взаимоисключающего подхода к тактике лечения шока. Это особенно касается детей раннего возраста. Даже если организм маленького человека до начала возникновения шоковой реакции не успел скопить разнообразного «багажа» обменных и структурно-функциональных нарушений (что является неотвратимым итогом возрастных перемен метаболизма у людей старшего поколения), однако в силу незрелости и непрочности детского организма ребёнок всё равно остаётся пациентом особого риска.

По теории, результатом острой постшоковой экстравазации плазмы с её макро-, микроэлементами являются синдромы гиповолемии и гипергидратация - те основные патогенетические звенья шока, которые нуждаются в коррекции в срочном порядке. Поскольку именно эти вышеупомянутые патогенетические звенья определяют не просто дальнейшие нарушения кровообращения и метаболизма пострадавшего, но также превращение шоковой реакции в длительную болезнь. Но учитывая индивидуальный подход, мы понимаем, что внутривенная ИТ как объёмовосстанавливающее мероприятие далеко не при всяком состоянии метаболизма позволяет в короткие сроки нейтрализовать гиповолемию и гипергидратацию. Стало быть, также маловероятно, что в каждом конкретном случае возникновения шоковой реакции использование

ИТ стопроцентно поможет предупредить неуправляемость метаболизма, а соответственно, пролонгирование патологии и затяжную болезнь. В особенности всецело это касается лиц, соматически ослабленных с явно выраженными признаками дисметаболизма и нестабильности гомеостаза. Так как дисметаболическое состояние подобных больных уже изначально предполагает наличие динамического неравенства объёма и состава водных секторов, то есть присутствие хронических форм гиповолемии и гипергидратации ещё до возникновения шока. Разумеется, чем интенсивность гиповолемии и гипергидратации будет разрушительней для организма, тем выше риск возникновения тяжёлых побочных эффектов при выполнении ИТ, которые, как правило, и становятся причиной летальности. Скажем, госпитальный диагноз «эндогенный» шок или синдром эндогенной интоксикации - часто это как раз следствие неоправданно больших объёмов инфузируемых растворов, особенно в течение так называемого «золотого терапевтического часа» у больного с ослабленным нестабильным метаболизмом. Таким образом, метаболически неблагоприятный пациент, являющийся как бы уже носителем главных патогенетических звеньев шока (гиповолемии и гипергидратации), и будет наиболее подвержен пролонгации патологического процесса с развитием продолжительной болезни! Следуя вышеприведённым размышлениям, напрашивается решение этой непростой задачи: чтобы избежать превращения шоковой реакции в длительно текущую патологию, видимо, нужен альтернативный, принципиально новый подход? Во всяком случае, логика подсказывает, что не стоит спешить с использованием нефизиологичной ИТ для форсированного заполнения сосудистого русла у пациента с грубой дисметаболической симптоматикой. Самое оптимальное будет, если первоначальные проявления шоковой реакции (усиление гиповолемии и гипергидратации) мы устраним более естественным способом - посредством ЭТ. А если ещё точнее, то выход из состояния шока ускорим за счёт:

- поддержки собственной попытки организма привести в соответствие уровень метаболизма и его циркуляторное обеспечение;
- активации восстановления ОЦК, привлекая в кровоток внесосудистую жидкость организма самого больного, объём которой в момент шоковой реакции имеет свойство резко увеличиваться по сравнению с исходными данными;
- закрепления централизации кровообращения в адаптивном диапазоне;
- осуществления профилактики шока и ранней противошоковой терапии не только в специализированных лечебных учреждениях, а в порядке само- и взаимопомощи.

Итак, оказывается, чтобы не допустить превращения шоковой реакции в продолжительную болезнь у того или иного обладателя тяжелого дисметаболизма, достаточно путём своевременно выполненной ЭТ минимизировать, остро возросшее, динамическое неравенство объёма и состава водных секторов в пользу внесосудистого сектора. Уменьшив, таким способом, концентрационно-осмотические сдвиги двух водных пространств, в какой-то степени нивелируем проявления гиповолемии и гипергидратации (основные патогенетические звенья шока), а значит, автоматически затормозим и разрушительную стадийность метаболических процессов. Причём нередко быстрее и успешнее любой высокотехнологичной методики. Конечно, всё так может получиться гладко, если структурно-функциональная необратимость клеток (органов и систем) ещё не наступила. В то же время, не стоит забывать и о существовании таких неотложных состояний, как острая гиповолемия при кровотечении, когда только скорость выполнения внутривенной ИТ может поддержать ОЦК и спасти пациента от неминуемой смерти. Однако, независимо от остроты неотложной ситуации, у лиц в состоянии глубокого дисметаболизма с целью профилактики усиления гипергидратации (отёков) и формирования ятрогенных осложнений всё равно необходимо стремиться к максимальному сокращению объёма инфузионных сред, особенно низкомолекулярных. Как совместить, на первый взгляд, несовместимое? Да очень просто, при остром кровотечении у пациента с ограниченными резервами метаболической прочности, наряду с внутривенным введением объёмозамещающих и вазоактивных средств, одновременно глюкозо-солевые растворы использовать ещё и орально. В таком случае более быстрая стабилизация гомеостаза, благодаря ЭТ, позволит объём ИТ сократить настолько, при котором опасность декомпенсации метаболизма будет минимальной. Получается, что, в противовес общепринятому представлению, пролонгированное течение - вовсе не обязательное свойство шока, поскольку его развитие можно остановить на стадии шоковой реакции. Говоря иначе, можно законно предположить, что и шок не должен быть продолжительной болезнью. Эта точка зрения вполне соответствует взгляду, который в своих работах настоятельно пропагандировал Бурденко Н.Н., подчёркивая, что шок - это всего лишь «реакция организма, способного жить» [5]. Предложенный здесь, несколько иной взгляд на проблему патологии шока, приобретает особое значение в свете создания единой

теории. Потому что помогает решить те патогенетические положения, которые необходимы для построения унитарной теории шока, являющейся одной из первоочередных задач научных шоковых ассоциаций и в первую очередь Европейской (Мальме, 1983) и Всемирной (Монреаль, 1987).

ЭТ при алкоголизме

Алкогольная болезнь (АБ) - это заболевание, при котором длительная повторная интоксикация этанолом приводит к возникновению органических изменений в органах и системах [3]. В основе патогенеза заболевания лежит сочетание как экзогенной интоксикации (алкоголь и его суррогаты), так и эндогенной (продукты дисметаболизма). Прежде всего, это дисметаболическая патология с характерным полиморфизмом поражения. Одной из актуальнейших проблем АБ, охватывающей наиболее трудоспособные слои населения, является высокая госпитальная смертность. Отсюда изменение тактики лечения пациентов с алкоголизмом - жизненно важная необходимость. Если верить Российским экспертам, 40% мужского трудоспособного населения регулярно злоупотребляет спиртным, а от отравлений спиртными напитками, преимущественно суррогатами водки, ежегодно умирает порядка 500 тыс. человек [1]. АБ - одна из тех патологий, для которой характерны определённые социальные последствия: рост заболеваемости, травматизма, суицидов и прочее. Риск самоубийств в этой группе в 200 раз выше, чем среди населения в целом. «Алкогольные» самоубийства характерны для 45-54 летнего возраста. 60-70% злоупотребляющих алкоголем умирают до достижения 50 лет. [11]. У алкоголиков смертность от рака всех локализаций на 25% больше средней в популяции [3]. Словом, алкоголизм находится в числе наиболее важных причин преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности во всём мире. АБ в своём течении проходит три стадии [3]:

I стадия. Характеризуется систематическим употреблением алкоголя, психологической зависимостью, снижением ситуационного контроля, повышением толерантности к алкоголю (исчезновение рвотного рефлекса), функциональным расстройством физического состояния и психики. Приблизительная продолжительность стадии 10 лет.

II стадия. Проявляется физической зависимостью и наивысшей толерантностью к алкоголю, запоями, синдром похмелья, наличием эмоциональных и поведенческих проблем, присоединением алкогольных психозов, нарушением памяти и когнитивным снижением, поражением периферической нервной системы в виде алкоголь-индуцированной полинейропатии. Стадия длится 5-15 лет.

III стадия. Итог многолетнего токсического действия алкоголя, для которого свойственно: усиление физической зависимости, развитие тяжёлого абстинентного синдрома, низкая толерантность к алкоголю (возвращение рвотного рефлекса), снижение повседневной функциональной активности, нарастание слабоумия, социальная деградация личности, усиление признаков полинейропатии.

Если учесть, что состояние дисметаболизма - это всеобъемлющий нестабильный комплекс обменных и морфофункциональных нарушений, поэтапно развивающийся по генетически запрограммированным механизмам аэробных и анаэробных звеньев апоптозного каскада, то терапию пациента с нарушенным метаболизмом, стоит рассматривать как лечебные мероприятия, призванные уменьшить действия проапоптотических факторов и восстановить организм на клеточно-молекулярном уровне. Лечение больного алкоголизмом как любого обладателя дисметаболического статуса может быть только тогда результативным, когда оно позволяет минимизировать нейрохимический и нейрофизиологический дисбаланс клеточных структур (тканей), нивелировать метаболические нарушения вообще и мозга в частности. Здесь уже было сказано, что одним из самых результативных и безопасных способов оптимизации водно-электролитного баланса и гомеостаза в целом у лиц с нарушенным метаболизмом - это естественное (оральное) поступление жидких лечебно-питательных препаратов. А пациент с АБ, тем более во II-III стадиях, является бесспорным носителем глубокого дисметаболизма. Однако, по факту, давно стало нормой, что вовсе не оральное введение растворов, а внутривенная ИТ - нередко является той первоочередной процедурой с использованием низкомолекулярных сред, которую принято выполнять больному с алкогольным заболеванием буквально в первые часы его госпитализации в лечебное учреждение. При этом много ли найдётся тех, кто задумывался о негативных последствиях массивных объёмов инфузата для нестабильного морфофункционального состояния алкоголика. Соответственно, не представляется возможным исключить водной инфузионной нагрузки во время лечебных мероприятий, а значит, и полиорганных осложнений как наиболее частых причин гибели больных алкоголизмом. Например, отёк головного мозга с последующим вклиниванием миндалин в затылочное отверстие и летальным исходом. Отсюда складывается впечатление, что вклад ИТ в статистику высокой госпитальной летальности при алкоголизме наверняка весомый. С этих позиций любая попытка как-то

уменьшить агрессию терапии должна приветствоваться. Скажем, частичная или полная, в зависимости от уровня нарушения метаболизма, замена внутривенного введения растворов на оральное. Более того, дисметаболическая энцефалопатия в той или иной степени - это обязательное состояние мозга пациента с АБ, а стало быть, стоит предостеречь от назначения избыточных доз психоактивных веществ (нейролептиков, транквилизаторов, трициклических антидепрессантов). Упомянутые вещества, аккумулируясь в тканях, сами служат источником дополнительной интоксикации и причиной торможения функции клеток, а потому способны вызывать прогностически неблагоприятные изменения, как со стоны головного мозга, так и прочих органов и систем, усугубляя состояние пациента. Когда поражение мозга уже носит не функциональный, а органический (нейродегенеративный) характер, то параллельно с купированием посредством антипсихотиков острой психопродукции, к терапии необходимо подключать антиоксидантные и цитопротективные средства или методы. Только в таком случае можно получить какой-то нейрометаболический (церебропротективный) эффект. Стоит также сказать, что успешность купирования психотропной симптоматики и восстановление метаболического статуса у лиц с АБ в немалой степени зависит от полноценного сна. Медикаментозный сон, вызываемый с помощью лекарственных средств, представляет собой один из наиболее эффективных способов психосоматической терапии. Использование медикаментозного сна с лечебной целью разумно уже потому что, в отличие от медикаментозно индуцированной комы, при нём существует меньшая опасность одновременного угнетения всех уровней саморегуляции, когда отмечается синхронное «отключение» как регуляторных центров коры, так и нижележащих отделов головного мозга. Одномоментно и надолго лишать организм всех источников ауторегуляции, чревато осложнениями, допустим, таким коварным, как вегетативный статус (о чём уже речь шла выше). Только мозг самого больного (пусть на уровне подкорки) объективно «знает» в какой конкретной помощи его организм нуждается в тот или иной момент существования. За счёт частичного кратковременного отключения энергоёмкой коры в течение сна, сэкономленная энергия позволяет головному мозгу более продуктивно управлять восстановительными процессами. А благодаря более быстрому достижению положительных лечебных результатов, есть возможность свести к минимуму назначение небезвредных психотропных и любых других фармпрепаратов. В подавляющем большинстве сон можно обеспечить с помощью относительно небольшой дозы бензодиазепинового транквилизатора. К использованию для седации нейролептических средств, следует относиться с осторожностью хотя бы потому, что у лиц с АБ с заведомо нестабильным метаболизмом легко спровоцировать гипотензивный эффект, вплоть до коллапса. Но, несмотря на осознание всей опасности нейролептиков, при бурном проявлении психоза их однократное применение в умеренных дозировках с целью ускорения наступления сна, следует признать оправданным. Интересны следующие, заслуживающие внимания, результаты. Из 504 больных алкогольными психозами, леченных с использованием медикаментозного сна, ни один пациент не умер, не было и осложнений [2]. Лечение тяжёлой интоксикации, независимо от того какими ядовитыми веществами вызвано отравление, задача всегда трудновыполнимая. Такой пациент, бесспорно, нуждается в мультидисциплинарном подходе, с привлечением врачей разных специализаций, прежде всего, intensivистов. При лечении алкогольных состояний далеко не всё так однозначно. Хотелось бы акцентировать внимание на том, что если лицам после воздействия промышленных или бытовых ядов лечебная помощь обеспечивается в токсикологическом центре, то больных с алкогольной интоксикацией преимущественно госпитализируют в неспециализированные отделения. К сожалению, сложилась предсказуемая практика, когда пациент с АБ (а при наличии психоза, вообще, безоговорочно) поступает в психиатрическую больницу (ПБ). Возможно, сбивает с толку наличие той или иной психотропной клиники? Тем не менее, любая психотическая симптоматика всегда обусловлена определённым морфофункциональным и метаболическим дефицитом. Больные с АБ - это, скорее, токсикологические пациенты, чем психиатрические. Разумеется, пациенту с алкоголизмом, особенно при наличии психопродукции, необходим психиатр как консультант, но не как лечащий врач. Тяжёлые алкогольные состояния нуждаются в комплексном подходе, надлежащем уровне лабораторной и аппаратной службы, необходимом оснащении и в организационных основах для интенсивной помощи. Ввиду того, что на сегодня в неотложной медицине отмечается большое количество обращений с характерной для больных алкоголизмом спецификой (дисметаболизм, наличие или вероятность возникновения психоза и смертельноопасных осложнений), имеет смысл создания центров интенсивной терапии конкретно для группы наркологических больных. При этом желательно, чтобы тактика ведения пациента с диагнозом АБ в данном лечебном учреждении строилась с учётом вышеописанных, подтверждённых практикой, предложений. В противном случае по-прежнему будет

трудно избежать высоких показателей госпитальных осложнений и летальности среди лиц, страдающих алкогольным заболеванием.

Материалы и методы исследования

Целью исследования было сравнение эффективности двух схем лечения пациентов с АБ. В силу объективных причин, тактика терапии менялась постепенно, поэтому итоговые результаты лечения продемонстрированы за два года (2003 и 2008 г.г.) с интервалом в пять лет. Работа осуществлялась в условиях стационара ПБ №3 города Новосибирска. Всем пациентам при госпитализации проводилось: стандартное клиническое обследование, включающее оценку жалоб, психологического и объективного состояния, а также лабораторно-инструментальное исследование (в пределах возможности данного лечебного учреждения). Больные представлены двумя группами. Первая группа из 1093 человек, получивших в 2003 году курс терапии с преобладанием ИТ. Вторая - группа сравнения, состоящая из 1090 человек, пролеченных в 2008 году, в схеме терапии которых уже превалировал энтеральный способ стабилизации водно-электролитного баланса, то есть ЭТ. Исследуемые пациенты обеих групп исходно были сопоставимы по основополагающим характеристикам. Критериями включения больных в исследование были следующие: диагноз АБ, морфофункциональное нарушение (I-III стадии), наличие или отсутствие алкогольного опьянения, острого психоза, энцефалопатии Вернике, корсаковского синдрома. При формировании подгрупп учитывался возраст пациентов, в то же время по половому признаку достоверного различия не было.

Клинические результаты

В настоящем обзоре, в форме обобщённого собственного опыта, представлены сравнительные результаты лечения алкоголизма в ПБ № 3г. Новосибирска (за 2003 и 2008г.г.). Преобладание в терапии АБ оральной поддержки водно-электролитного баланса (в случаях же критического дисметаболизма максимальное сокращение или полный отказ от классической инфузионной терапии), позволило к 2008г. **госпитальную летальность среди пациентов с АБ снизить в 12,75 раз!**, по сравнению с 2003г., когда для нормализации гомеостаза больного преимущественно проводилась внутривенная инфузионная терапия (табл. 1).

Таблица 1

Результаты лечения больных с алкогольной болезнью за 2003, 2008 гг.

Год	Общее количество пролеченных пациентов	Время пребывания в стационаре, койко/дни	Госпитальная летальность	
			количество умерших	летальность, %
2003г. (преобладание классической инфузионной терапии)	1093	От 14 до 30	56	5,1%
2008г. (преобладание оральной поддержки гидробаланса)	1090	От 7 до 14	4	0,4%

Более того, положительный опыт лечения АБ успешно использовался и в терапии следующих пациентов:

- геронтологического профиля (пожилого возраста и стариков);
- с хронической соматикой (различных классов заболеваний);
- с наркотическими и лекарственными интоксикациями (ранними и поздними дискинезиями, нейролептическим синдромом и прочие).

Кстати, проведённое лечение оказалось успешным даже на таком отягощающем фоне, как: жёсткий лимит денежных ресурсов и лечебно-питательных средств, отсутствие специально подготовленного персонала для интенсивной терапии, должного лабораторно-аппаратного обеспечения. С учётом всех пролеченных пациентов в 2008г., было отмечено снижение, по сравнению с 2003 г., общего количества внутрисосудистых инфузий на 56,1% (речь идёт, прежде всего, о низкомолекулярных глюкозо-солевых растворах). Таким образом, по результатам статистических данных 2008г. госпитальная летальность в больнице снизилась на 75,4%, то есть стала в четыре раза меньше, чем в 2003 г. (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязь общего количества внутривенных инфузий и летальности за 2003, 2008гг.

Год	2003 г.	2008 г.	Величина показателей 2008 г. к уровню 2003 г., %
Количество пролеченных больных, чел.	5543	5778	104,2%
Общее количество в/в капельных инфузий, шт.	21105	9256	43,9%
Общая госпитальная летальность по всем нозологиям, чел.	160	41	25,6%
Летальность, %	2,89%	0,71%	Уменьшилась в 4,1 раза!!!

Кроме этого, определённый интерес представляет взаимосвязь между состоянием метаболизма пациента, его возрастом и тактикой лечения. Для большей наглядности оценивались результаты терапии больных, получившие курс лечения в отделениях невроза и геронтологии. С одной стороны, рассматривался геронтологический контингент всецело состоящий из лиц преклонного возраста, а с другой, пациенты из отделения невроза с относительно сохранным метаболическим статусом. Конечно, имея дело с метаболически стабильным пациентом молодого или среднего возраста, прибегнуть к ИТ как симптоматической терапии (особенно в острой ситуации), вовсе не возбраняется. Нередко это способствует быстрому улучшению состояния подобного больного. Однако чем нарушения метаболизма и вообще нездоровье в целом более выражены, что свойственно пациентам геронтологического отделения, тем внутривенные инфузии менее продуктивны. Итоговые результаты говорят сами за себя. Несмотря на то, что в отделение невроза количество внутривенных инфузий в 2008 г., даже увеличилось (по сравнению с 2003г.), составив 108,3%, тем не менее, на показателях летальности это никак не отразилось, она по-прежнему отсутствовала. Что же касается геронтологического (женского) отделения, при снижении в 2008г. общего количества парентеральных инфузий на 90,6%, смертность, в отличие от 2003г., снизилась на 73,0% (табл. 3).

Таблица 3

Неравнозначность влияния инфузионной терапии на результаты лечения пациентов с разными уровнями нарушения метаболизма за 2003, 2008гг.

Год	Геронтологическое отделение (женское)		Отделение неврозов	
	Общее количество капельных инфузий, шт.	Госпитальная летальность, чел.	Общее количество капельных инфузий, шт.	Госпитальная летальность, чел.
2003	4418	74	2124	нет
2008	417	20	2300	нет
Отношение показателей, %	9,4%	27,0%	108,3%	-

Выводы

Согласно полученным результатам, сложилось убеждение, что чем выше дисметаболические нарушения организма в каждом конкретном случае, тем больший приоритет необходимо отдавать естественному оральному (энтеральному), а не парентеральному нефизиологичному поступлению в организм пациента водно-электролитных и прочих лечебно-питательных сред. Смеем предположить, что внедрение такой лечебной тактики позволит:

- внести существенный вклад в методические рекомендации по лечению дисметаболических состояний не зависимо от класса нозологии (в частности ЧМТ, шок, алкоголизм и многое другое);
- профилактировать тяжёлое состояние больного, поступающего в лечебное учреждение с умеренной или средней тяжестью;
- сократить сроки лечения;
- минимизировать проблему полипрагмазии (полифармации);

-благодаря уменьшению числа ятрогенных осложнений, во многом решить проблему «ятрогении» в здравоохранении, а значит сократить количество судебных прецедентов;
-достичь значительного снижения летальности;
-оптимизировать нагрузку на медицинский персонал;
-пересмотреть показания не только для орального, но и парентерального клинического питания, что может послужить основанием для наиболее эффективного использования нутрицевтиков;
-экономно рассчитать силы и средства лечебного учреждения (в том числе за счёт сокращения эксплуатации дорогостоящей медицинской аппаратуры);
-обеспечить безопасность пациенту, тем самым повысив социально-экономическую значимость медицины в целом.

Результаты проведённого лечения, продемонстрированные здесь, подтверждают не только успешность предлагаемой тактики терапии, но и необходимость её широкого практического внедрения.

Список литературы

1. Алкоголизм в России // Википедия [электронный ресурс] - Режим доступа - URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Алкоголизм_в_России (дата обращения 10.08.2013).
2. Авруцкий Г.Я., Невуда А.А. «Лечение психиатрических больных», изд. Медицина, 1988. 423.
3. Буркин М.М., Гаранская С.В. «Основы наркологии», Петрозаводск, 2002. 107, 108, 113, 127.
4. Краткий справочник по клиническому питанию, Нутриция, 2009. 11, 20.
5. Мазуркевича Г.С., Багненко С.Ф. «Шок», руководство для врачей, ред. Политехника, С.-П., 2004. 31, 154, 274, 493.
6. «Основы анестезиологии и реанимации», ред. Кохно В.Н. Сибирская медицинская книга. 2007. 207.
7. Савицкая И.Б. и др. «Эффективность препарата «мексидол» у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой», журнал «Вестник интенсивной терапии», 2012. 3: 23.
8. Смертность при злоупотреблении спиртными напитками // Посольство медицины [электронный ресурс] - Режим доступа - URL: <http://www.medicus.ru/narcology/patient/smertnost-pri-zloupotreblenii-spirtnymi-napitkami-22143.phtml> (дата обращения 20.02.13).
9. Фомичёв В.А. «Основы инфузионной терапии», учебно-методическое пособие. Новосибирск, 2006; 32 с.

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

ВЛИЯНИЯ АРГИНИНА И ТАУРИНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Требухов Ан.В.¹, Овчиникова Е.А.¹, Требухов Ал.В.²

¹ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул

²ФГБОУ ВО «Алтайский государственный аграрный университет», г. Барнаул

Одна из ключевых ролей L-аргинина в организме человека является то, что он является субстратом для синтеза NO – мессенджера, участвующего в регуляции многих процессов [1]. Диффундируя от эндотелия к сосудистой гладкой мускулатуре, NO активирует в ней ряд биохимических процессов в конечном итоге обеспечивающих вазодилатацию сосудов [5], торможение активности тромбоцитов и макрофагов и др. Вазопротекторные функции NO, проявляются в модуляции высвобождения вазоактивных медиаторов, в блокировании окисления липопротеинов низкой плотности, подавлении адгезии моноцитов и тромбоцитов к сосудистой стенке.

Учитывая, что в генезе многих сердечнососудистых заболеваний (ССЗ), одну из ключевых ролей играет эндотелиальная дисфункция (ЭД) [2], можно предположить, что введение в организм L-аргинина, как биохимического субстрата (предшественника) для продукции NO, способно оказать позитивное влияние на нормализацию вышеописанных процессов, а, следовательно, повысить эффективность этиотропной терапии у кардиологических больных. В этом отношении, представляет интерес исследования влияния на организм комбинации L-аргинина и таурина - аминокислоты, играющей важную роль в процессах липидного обмена, нарушение которого наблюдается при ряде ССС. Плазменная концентрация таурина у животных менее 30 мкмоль/л расценивается как его дефицит. Дефицит таурина вызывает дилатационную кардиопатию у многих животных [4,6].

Целью работы явилось изучение влияния L-аргинина и таурина на агрегационную активность тромбоцитов и липидный спектр крови у лиц с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Исследования было выполнено на базе клинико-диагностической лаборатории ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Барнаула, а также лаборатории клинической биохимии и физиологии БФ АлтГУ, в период 2011-2016 гг. В исследовании использовались образцы крови, полученные от 72 пациентов обоего пола в возрасте 54 ± 5 лет, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС: мерцательная аритмия), во время плановых обследований, на фоне базисной терапии, дополненной включением препаратов, содержащих L-аргинин и таурин в терапевтических дозах в течение двух месяцев. В работе исследовались образцы крови (сыворотка венозной крови), взятой из локтевой вены по стандартной методике, в декретированные протоколами сроки лабораторного обследования данной категории больных.

Агрегационную активность тромбоцитов *in vitro* определяли турбодиметрическим методом с помощью четырехканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Chrono-log Aggregometers» (США) с использованием стандартных индукторов агрегации. Показатели липидного спектра крови определяли энзиматическим методом с помощью автоматического биохимического анализатора LABIO-300 (КНР).

Результаты подвергались статистической обработке, с использованием пакета прикладных программ *MS Office u MS Statistica*. В работе рассчитывались средняя арифметическая (M), ошибка средней (m), доверительный интервал. Достоверность различий определяли по критерию Стьюдента (t) для неравнозначных выборок.

Результаты исследования и их обсуждение. Значения показателей АДФ-индуцированной агрегационной активности тромбоцитов (ААТ) у пациентов, страдающих ИБС (мерцательная аритмия). Как следует из полученных данных, исходные значения показателя превышают норму у 86% обследованных пациентов (контроль). Однако после двух месяцев приема L-аргинина и таурина (опыт), на фоне базисной терапии, наблюдалось достоверное снижение показателей АДФ-индуцированной агрегационной активности тромбоцитов от $82,9 \pm 0,9$ до $65,0 \pm 1,1\%$ ($P < 0,001$) в сравнении с контролем (таблица 1).

Таблица 1. Агрегационная активность тромбоцитов у пациентов с ИБС (n=72, $\bar{x} \pm \Delta x$, $p < 0,001$)

Группа	ААТ, индуцированная			
	АДФ, %	адреналином, %	коллагеном, %	арахидоновой кислотой, %
Опытная	82,9±0,9	84,8±0,6	83,8±0,6	85,1±0,6
Контрольная	65,0±1,1	63,9±0,9	64,9±0,9	67,4±0,7

Проведенная оценка показателей ААТ, индуцированной адреналином, у 55% пациентов также выявила превышение значения показателя в группе контроля. Однако в опытной группе данный показатель достоверно снижался в сравнении с контролем (от 84,8±0,6 до 63,9±0,9% ($P < 0,001$)). Аналогичную динамику демонстрировали показатели ААТ, индуцированной коллагеном (в группе контроля - 83,8±0,6% и 64,9±0,9% ($P < 0,001$)) - группа опыт и показатели агрегационной активности тромбоцитов, индуцированной арахидоновой кислотой (от 85,1±0,6 до 67,4±0,7% ($P < 0,001$)).

Учитывая пути метаболизма L-аргинина и таурина, можно предположить, что антиагрегационный эффект обусловлен прежде всего, их влиянием на уровень Ca^{2+} в тромбоцитах. Предполагается, что данный механизм связан с синтезом оксида азота (NO) из L-аргинина. Эффект NO реализуется через активацию растворимой гуанилатциклазы, которая приводит к увеличению уровня внутриклеточного цГМФ. Последний, в свою очередь, и обуславливает торможение активации, адгезии и агрегации тромбоцитов путем уменьшения содержания в них Ca^{2+} .

Отметим также, что возможны и другие гемостатические механизмы, связанные с вовлеченностью ионов кальция в исследуемый процесс, т.к известно, что кальций является обязательным участником всех фаз гемостаза [1]. С другой стороны, необходимо иметь в виду, что и таурин также регулирует уровень кальция как прямо, так и косвенно, через стимуляцию синтеза NO [6].

Известно, что физиологические эффекты NO применительно к системе гемостаза проявляются и в модуляции высвобождения вазоактивных медиаторов, а также во влиянии на липидный обмен - блокировании окисления липопротеинов, прежде всего фракции ЛПНП. В нашей работе мы оценивали влияние препаратов L-аргинина и таурина на показатели липидного спектра крови у вышеуказанных пациентов. В этой связи необходимо отметить тот факт, что таурин обладает гепатопротективными свойствами и может выступать как антагонист продукции NO.

Уровень общего холестерина (ОХ) плазмы в группе контроля составлял 5,9±0,1 ммоль/л. В опытной группе количество общего холестерина достоверно снижалось до 5,5±0,1 ммоль/л ($P < 0,001$) (таблица 2), наблюдалось достоверное увеличение фракции ЛПВП (от 0,99±0,01 до 1,2±0,02 ммоль/л), и также снижение фракций ЛПНП (от 3,59±0,12 до 3,3±0,15 ммоль/л).

Таблица 2. Показатели липидного обмена у пациентов с ИБС (n=72, $\bar{x} \pm \Delta x$, $p < 0,001$)

Группа	Показатель, ммоль/л			
	Общий холестерин	ЛПВП	ЛПНП	Триглицериды
Опытная	5,5±0,1	0,99±0,01	3,59±0,12	3,01±0,15
Контрольная	5,9±0,1	1,2±0,02	3,3±0,15	2,21±0,13

Подобные закономерности согласуются с рядом литературных данных и могут быть обусловлены тем, что таурин участвует в регуляции активности аполипопротеина А-1, который является переносчиком ЛПВП и необходим при их сборке [3]. Аналогично, в опытной группе в сравнении с контролем достоверно снижалась концентрация триглицеридов (ТГ) (3,01±0,15 до 2,21±0,13 ммоль/л ($P < 0,001$)).

Выводы.

1. Сочетание L-аргинина и таурина способствует достоверному снижению показателей агрегационной активности тромбоцитов у пациентов, страдающих ИБС.

2. Приём L-аргинина и таурина на фоне базисной терапии сопровождается достоверным изменением показателей липидного спектра крови – снижением общего холестерина, холестерина-ЛПНП, триглицеридов и увеличением количества холестерина-ЛПВП.

Список литературы

1. Головченко Ю.И., Трещинская М.А. Современные представления о физиологии и патологии эндотелия сосудов головного мозга // Украинский химиотерапевтический журнал. - 2008. – Т. 22. – №1-2. – С. 22–28.
2. Мамедов М.Н., Чепурина Н.А. Суммарный сердечно-сосудистый риск: от теории к практике / под ред. Р.Г. Оганова. – М., 2008. – 40 с.
3. Меркулов С.А. Лекарственно-индуцированные поражения печени у больных туберкулезом легких: оптимизация лечения и профилактики. Автореф. диссерт. на соискание ученой степени канд. мед. наук. - Волгоград, 2014. - 18 с.
4. Требухов А.В. Эленшлегер А.А., Ковалев С.П. Кетоз коров и телят. – Барнаул, РИО Алтайского ГАУ.- 2018. -173 с.
5. Филатова О.В., Требухов А.В., Киселев В.Д. Взаимодействие давления и потока в регуляции диаметра крупных артериальных сосудов. – Барнаул: АлтГУ, 2003. – 28 с.
6. Lourenco R., Camilo M.E. Taurine: a conditionally essential amino acid in humans? An overview in health and disease // Nutr. hosp., 2002. – Vol. 17. – №6. – P. 262–270.

СЕКЦИЯ №20.

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

СЕКЦИЯ №21.

МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)

СЕКЦИЯ №22.

НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)

СЕКЦИЯ №23.

НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)

СЕКЦИЯ №24.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)

СЕКЦИЯ №25.

НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)

СЕКЦИЯ №26.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Гордова Л.Д., Гришина Н.К.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»,
г. Москва

Аннотация: В данной статье проанализированы актуальные вопросы совершенствования организации и качества специализированной ортопедотравматологической помощи детскому населению в Курской области, что является приоритетным направлением в снижении первичной детской инвалидности вследствие травм. Использовались карты экспертных оценок, включающие блок вопросов по срокам проведения, объему проведенных мероприятий, оценки фактически проведенных лечебно-восстановительных мероприятий на стационарном, амбулаторно-поликлиническом этапе.

Ключевые слова: травматизм, дети-инвалиды, качество медицинской помощи, профилактика, организационно-тактические, лечебно-восстановительные мероприятия, совершенствование специализированной ортопедотравматологической службы.

Высокий уровень детского травматизма, увеличивающаяся тяжесть травматических повреждений, не смотря на имеющиеся современные высокотехнологичные методы лечения, является актуальной проблемой возникновения высокого уровня первичной детской инвалидности в Курской области. Показатели первичной детской инвалидности вследствие травм по Курской области в 2 раза превышают данные показатель по Российской Федерации (0,8 по Курской области к 0,4 по РФ).

Анализ качества медицинской помощи детям при травмах, приводящих к инвалидности, позволил определить первостепенные мероприятия по организации и совершенствованию специализированной ортопедотравматологической службы в Курской области, в основе которых лежит не исчерпанный резерв организационно-тактических и лечебно-восстановительных мероприятий.

Цель исследования: определить основные направления совершенствования специализированной травматологической помощи, оказываемой детям при травмах, приводящих к инвалидности.

Материалы и методы.

Использовались карты экспертных оценок, включающие блок вопросов по срокам проведения, объему проведенных мероприятий, оценки фактически проведенных лечебно-восстановительных мероприятий на стационарном, амбулаторно-поликлиническом этапе. Оценка проводимых мероприятий проводилась экспертной группой, состоящей из высококвалифицированных специалистов по бальной интегрированной системе. За основу было взято «Типовое положение о порядке проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи в организациях Курской области»[1,3-6]. По карте экспертных оценок каждого ребенка вычисляется коэффициент, который рассчитывался как среднеарифметический показатель, статистическая достоверность результатов была обработана методом парного критерия Стьюдента.

За 1.0 балл – полный объем проведенных мероприятий на всех этапах лечения, достигнута компенсация утраченных функций, восстановлены навыки самообслуживания, бытовой деятельности.

За 0,75 баллов – раннее начало, выполнение мероприятий в неполном объеме на всех этапах лечения, не повлиявшее на конечный результат, неполное восстановление утраченных навыков, социальной адаптации, обучение в заведении общего типа, но по специальной программе.

За 0,5 баллов – частичное выполнение рекомендаций по медицинской, психолого-педагогической, социальной реабилитации, частичное восстановление утраченных функций, достижение способности к обучению в специальном учебном заведении, частичное восстановление навыков бытовой деятельности.

За 0,25 баллов – единичные, непродолжительные, бессистемные реабилитационные мероприятия, отсутствие положительного результата.

За 0 баллов – отсутствие выполнения.

Результаты и обсуждение.

Направленные дети на МСЭ вследствие травм опорно-двигательной системы составляют 2,5% ежегодно от общего числа детей, прошедших стационарное лечение. Показатели первичной детской инвалидности вследствие травм (на 10 тыс. населения) являются самыми высокими в Курской области (1,2 -

2013г; 0,7 - 2014г; 0,5 – 2015г; 0,8 – 2016г) по Центральному федеральному округу (2013г – 0,5; 2014г - 0,4; 2015г – 0,3; 2016г – 0,4), превышают аналогичные показатели по Российской Федерации (0,7 -2013г; 0,5 - 2014г ; 0,4 – 2015г; 0,4 – 2016г) [2, 5,6].

Удельный вес освидетельствованных детей от общего числа первично направленных на МСЭ по последствиям травм, которым была установлена категория «ребенок-инвалид» составил 74,9%. С целью оценки проведенных лечебно-восстановительных мероприятий нами были проанализированы медико-экспертные документы 56 детей.

Анализ проведенного исследования показал, что состояние травматолого-ортопедической помощи детям в Курской области нельзя признать удовлетворительным. Полный объем проведенных лечебно-восстановительных мероприятий составил - 0,93% случаев. Выполнение мероприятий на 0,75 балла в исследуемой группе составил 42,27%, а в 56,8% случаев лечебно-восстановительные мероприятия проведены в минимальном объеме или не выполнены, что в совокупности с самим повреждением повлияло на исход лечения и привело к инвалидности.

Неудовлетворительное состояние травматолого-ортопедической помощи детям связано, прежде всего, с организационными проблемами этой службы. В Курской области отсутствуют специализированные травматолого-ортопедические стационары, а, значит, отсутствует и современная специализированная медицинская помощь детям с травмами, не говоря уже о высокотехнологической медицинской помощи. По данным ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» детям в Курской области в 2014г было выполнено 2 операции с применением высокотехнологичной медицинской помощи, что в 3- 5 - 23 раза меньше, чем в соседних областях (Белгородская область – 6; Воронежская область – 57; Орловская область – 11). В Российской Федерации только в 4-х субъектах отсутствует специализированные травматологические стационары для детей («Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние ортопедотравматологической помощи населению России в 2010 году», Москва, 2011 г.), но и среди них показатели инвалидности в Курской области самые высокие.

На протяжении последних лет все ведомственные федеральные проверки ортопедотравматологической помощи Курской области отмечали как серьезный недостаток службы отсутствие специализированных детских отделений. Замечание отмечалось в протоколах проверок и отправлялось на рассмотрение в Комитет здравоохранения Курской области.

Процесс совершенствования организационно-методического обеспечения качества медицинской помощи детскому населению подразумевает оказание исчерпывающей специализированной травматологической помощи детям при рассматриваемых видах патологии.

Исчерпывающий характер предполагает получение полного объема предусмотренной медицинской помощи различного уровня, проведения полного объема реабилитационных мероприятий до момента наступления выздоровления или устойчивого благоприятного состояния, в том ЛПУ и травматологическом отделении, куда поступит больной, без осложнений и дальнейшего перевода в лечебное учреждение более высокого ранга или установления статуса «ребёнок-инвалид». На основании цели и задач исследования, нами были определены основные направления улучшения качества медицинской помощи, оказываемой детям при травмах, приводящих к инвалидности.

Данные пути совершенствования касаются организации лечебно-диагностического процесса, стандартизации специализированной ортопедотравматологической помощи, оснащения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Минздрава РФ, профессиональной подготовки врачебного персонала.

Мероприятия по совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи детям с травмами костно-мышечной системы

Номер п/п	Мероприятия оказания медицинской помощи	Выполнение существующего стандарта	Предложения по совершенствованию
1.	Диагностика	Выполнение диагностических мероприятий в неполном объеме (К=0,5), что повлияло на лечебный процесс	Оснащение современным диагностическим оборудованием (КТ, МРТ, УЗИ с доплером, артроскопическая стойка, ЭОП)
2.	Организация и объём оперативного лечения	Традиционные мероприятия (выполнение репозиций, скелетного вытяжения, внеочагового и накостного	Внедрение современных методов оказания специализированной помощи, освоение высокотехнологичных операций

		остеосинтеза с коэффициентом выполнения 0,56)	
3.	Организация и объём выполнения реабилитационных мероприятий	Отсутствие реабилитационного отделения, центра (проведение реабилитационных мероприятий в минимальном объёме или отсутствие выполнения, коэффициент выполнения 0 - 0,25)	Раннее начало реабилитационных мероприятий, последовательность и преемственность данных мероприятий, участие семьи в реабилитационном процессе
4.	Ведение учетной документации	Ведение учетной документации на бумажном носителе, составление годовых отчетов, что в современных условиях недостаточно.	Формирование единого регистра детей с травмами, ведение электронного учета профильных больных, составление отчетов за любой период
5.	Кадровое обеспечение	Отсутствие специализированного детского отделения и высококвалифицированных специалистов.	Подготовка врачей в клинической ординатуре, интернатуре по травматологии, последипломная подготовка

Выводы.

Таким образом, с целью совершенствования качества по оказанию специализированной медицинской помощи в Курской области при различных видах травм костно-мышечной системы необходимо:

- открыть специализированное детское ортопедотравматологическое отделение при городской детской больнице г. Курска на 50 мест с выделением травматологических, ортопедических, нейрохирургических, ожоговых коек;
- расширить уровень инструментальной диагностики до установленного уровня в стандартах;
- организовать снабжение медицинской техникой и имуществом как централизованно, так и самими ЛПУ по мере необходимости из бюджетных и внебюджетных средств;
- специализированную травматологическую помощь осуществлять в повседневной деятельности по федеральным медико-экономическим стандартам и (или) по территориальным;
- организовать реабилитационный центр для детей, перенесших различные виды травм;
- организовать диспансерное наблюдение ортопедов-травматологов в поликлиниках детей с последствиями травм, обращая при этом особое внимание на контроль выполнения семьей назначенных лечебно-восстановительных мероприятий, получения и использования технических средств реабилитации;
- проводить медицинскими психологами лечебно-профилактических учреждений и психологами-педагогами консультаций психологическую коррекцию не только ребенка с ограниченными возможностями, но и его родителей, определять психологический статус семьи с целью нивелирования имеющихся проблем и достижения максимальных успехов в реабилитационных мероприятиях;
- сформировать единый регистр больных детей с различными видами травм, организовать ведение электронного учета всех профильных больных, что обеспечит составление отчетов за любой период;
- подготовить интернов, клинических ординаторов травматологических отделений ЛПУ по специальности «Детская травматология и ортопедия» проводить в клинической ординатуре при Курском государственном медицинском университете, а подготовку заведующих отделением – по программе факультета последипломного образования руководящего медицинского состава.

Выполнение вышеуказанных условий позволит снизить уровень детской инвалидности с последствиями травм в Курской области.

Список литературы

1. Всемирный доклад по профилактике детского травматизма. 2008 // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс].– Режим доступа:http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report_Summary_russian.pdf.

2. Детский дорожно-транспортный травматизм / Л. М. Рошаль, Р. А. Кешишян, Т. А. Пужицкий // Рос. педиатр. журн. – 2001. – № 5. – С. 41-44.
3. Малахов, О. А. Важнейшие задачи организации детской травматолого-ортопедической службы России (по материалам доклада на симпозиуме детских травматологов-ортопедов России) / О. А. Малахов, Т. М. Андреева, В. И. Тарасов, И. В. Грибова // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2003. – № 4. – С. 3–8.
4. Об утверждении Типового положения о порядке проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Курской области: Приказ комитета здравоохранения Курской обл. от 8 апр. 2011 г. № 112 // Консультант Плюс [Электронный ресурс]: интернет-версия. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW417;n=27909>, свободный.
5. Основные показатели детской инвалидности в РФ: стат. сб. : в 2 т. – М. : ФМБА, 2008.
6. Основные показатели детской инвалидности в РФ: стат. сб. : в 2 т. – М. : ФМБА, 2013.

К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ КЛАСТЕРНО-МОДУЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Тер-Израелян А.Ю.

ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы»
(г. Москва, Россия)

Аннотация: В статье изучены основные направления совершенствования организации психиатрической помощи на примере столичного региона и определены отдельные аспекты организации новой модели кластерно-модульной структуры территориального психиатрического объединения в Москве.

Ключевые слова: кластерно-модульная структура территориального психиатрического объединения, качество организации медицинской помощи, психиатрический амбулаторный модуль

На современном этапе в мире повышенное внимание уделяется таким ведущим проблемам как психическое здоровье и организация медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями [1,4-7]. Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2002 году была утверждена охрана психического здоровья, которая была предложена в числе ключевых задач глобальной мировой повестки дня в Докладе о состоянии здравоохранения в 2001 году «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». Ведь благоприятные условия для поддержания психического здоровья должны поддерживаться вокруг человека на протяжении всей его жизни, а специализированная психиатрическая помощь должна быть доступна всем и в любое время [1-3].

Актуальность этой темы подтверждается необходимостью реформирования в психиатрической службе, поэтому нами изучены основные направления совершенствования организации данного вида помощи на примере столичного региона. Так, в 2016 году силами Департамента здравоохранения города Москвы и НИИ ДЗМ был проведен многомерный анализ организации психиатрической сети города – операционный аудит, анализ всех видов ресурсов, оценка показателей качества и эффективности деятельности медицинских организаций [6,7]. В результате работы была сформулирована Концепция развития психиатрической службы города Москвы, направленная на создание условий для поддержания психического здоровья людей.

В рамках данного исследования определены отдельные аспекты организации новой модели кластерно-модульной структуры территориального психиатрического объединения в Москве. В предлагаемой модели кластер является территориальной единицей, которая обслуживается многофункциональными подразделениями службы, работа которых регламентирована порядком оказания психиатрической помощи.

Структура кластера представлена диспансерным отделением с амбулаторной участковой службой и кабинетами активного диспансерного наблюдения, дневным стационаром, отделением интенсивного оказания психиатрической помощи населению, медико-реабилитационным отделением, психиатрическим отделением неотложной помощи. В состав одного кластера, разработанной модели, входят три-четыре

психиатрических модуля. Модули расположены в различных зданиях, которые приближены к местам обслуживания пациентов и обеспечивают максимальную транспортную доступность.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» в рамках структуры кластерно-модульной модели, состоящей из трех модулей: головного и двух малых. Один из трех модулей является головным, у него в наличии имеются дополнительные площади и помещения для обслуживания населения всего кластера.

Так, на кластер ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ» приходится обслуживание 2-х миллионов человек прикрепленного населения. Основной модуль в своей структуре имеет отделение диспансерное отделение, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, отделение неотложной психиатрической помощи взрослому населению, кабинеты активного диспансерного наблюдения, амбулаторного принудительного лечения.

Следует отметить, что важным отличием кластерно-модульной модели от действовавшей ранее структуры психиатрической службы города Москвы является многообразие стационарозамещающих форм, которые позволяют долечивать пациентов после курса интенсивной терапии в отделении и своевременно предупреждать декомпенсации и обострения заболеваний пациентов в амбулаторных условиях [6,7]. Новый элемент данной системы также представлен организацией круглосуточной выездной службы психиатрической помощи на дому у пациента. На первом этапе организации служба осуществляла свою деятельность в полусуточном режиме, в настоящее время эта служба работает в круглосуточном режиме с 2017 года. В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах» было организовано новое отделение интенсивного оказания психиатрической помощи на дому, основной задачей которого является «перехват» пациента, когда участковая психиатрическая служба не в полной мере справляется с лечением психически больного пациента.

Бригада данного отделения состоит из нескольких специалистов разного профиля – психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе. Такая форма оказания психиатрической помощи ранее не использовалась. Эта бригада работает с пациентом на дому и принимает купирование обострения заболевания под свое наблюдение и постоянный контроль. То есть, в такой форме специалисты круглосуточной неотложной психиатрической помощи и ОИОПП на дому предупреждают поступление больного в психиатрический стационар. Пациент после оказанной ему неотложной помощи и купирования острого состояния поступает на долечивание к врачу-психиатру участковой амбулаторной службы, либо в дневной стационар психиатрического модуля.

Экстренная госпитализация для участкового врача-психиатра – не желательное действие в плане оценки его качества работы и профессионального роста, в связи с чем, он должен своевременно реагировать на любые изменения в состоянии пациента, предотвращая тем самым обострение заболевания.

Таким образом, слаженная работа новых структурных подразделений пилотного проекта реформирования психиатрической службы города Москвы позволяет снижать проявления стигматизации и социальной дискриминации, повышает доверие к врачу-психиатру, не допускает наступления клинических состояний у психически больного, приводящих к вероятности совершения им действий с нанесением вреда окружающим или самому себе, а также соблюдение законных гражданских прав пациентов психиатрического профиля.

В настоящее время достаточно широко используются и применяются ключевые задачи в развитии психиатрической помощи: разработаны и внедряются стандартизированные протоколы пациентов, маршрутизация для больных психиатрического профиля, контролируется преемственность между структурными подразделениями службы. Медицинские информационные системы по сбору объективных данных о пациенте обеспечивают оперативность получения информации для принятия обоснованных решений. Повсеместно, во всех подразделениях ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ» обеспечивается порядок регулярной внутренней оценки качества и безопасности психиатрических медицинских подразделений.

Специализированная помощь больных общесоматической сети эффективно осуществляется в условиях интеграции с разработанными новыми формами психиатрической службы. На базе Филиала № 3 ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ» в январе 2019 года было открыто диспансерное отделение в городе Москве для населения района Жулебино, которое составляет 252 тысячи человек в формате пилотного проекта «диспансерный модуль со стационарозамещающими службами» - амбулаторной участковой службой, дневным стационаром, сотрудниками немедицинского звена, клиническими психологами и социальными работниками. Открытие малого модуля приблизило обслуживаемое население района к оказанию

психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи с полипрофессиональной бригадной формой работы.

В связи с образованием и работой новых структурных подразделений обращает на себя внимание динамика результатов выполнения государственного задания за 2015-2017 годы. Так, начиная с 2016 года, стали изменяться объемные показатели по дневному стационару, участковой амбулаторной службе. Было выявлено, что количество пролеченных больных в дневном стационаре, отделении интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационном отделении в 2015 году составило по факту 2237 человек (107,0 %), в 2016 году – 3211 человек (104,2 %), в 2017 году – 3178 человек (102,5 %). В сравнении с 2015 годом, число больных, получивших помощь в структурах дневного стационара, увеличилось в 1,4 раза, в числовом эквиваленте составило 941 человек.

Первичная медико-санитарная помощь (включая первичную специализированную медико-санитарную помощь) в амбулаторных условиях представлена по факту в 2015 году – 360000 посещениями (106,0 %), в 2016 году – 352000 посещениями (102,0%), в 2017 году – 354000 (102,7 %). Плановые показатели посещений в амбулаторной службе с 2015 по 2017 год увеличились в 1,04 раза, фактическое выполнение посещений сохраняется в рамках выполнения государственного задания: в 2015 году – 330000 посещений, в 2016 году – 345000 посещений, в 2017 году – 345000 посещений, без видимой динамики, в 2016, 2017 году на одинаковом уровне.

Фактические показатели посещений выше плановых по всем трем исследуемым годам: 2015 год – 350000 посещений (106,0 %), 2016 год – 352000 посещений (109,6 %), 2017 год – 354000 посещений (102,7 %). В специализированной медицинской помощи в стационарных условиях наметилась тенденция на снижение объемных показателей в рамках выполнения государственного задания ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ». Это плановые и фактические показатели. Плановое число по пролеченным больным снизилось с 2015 года (6100 чел.) до 5400 человек в 2017 году, в 1,1 раза.

Исходя из представленных данных, можно сделать вывод, что амбулаторная служба и диспансерное звено в последние годы приобретают большую значимость: стали активно работать и обслуживают большее количество пациентов, особенно с появлением новых форм и сохраняя преемственность между различными структурными подразделениями психиатрической службы. Таким образом, формат данной службы предполагает оказание специализированной помощи преимущественно во внебольничных условиях, в менее стесненных и незначительно влияющих как психотравмирующий фактор на пациента.

В результате проведенный анализ показал, что заметно увеличилось количество диспансеров, других учреждений амбулаторной сети; обеспечивается доступность и весь спектр форм оказания психиатрической помощи к местам проживания больных; организуются совершенно новые структурные образования психиатрической помощи – круглосуточная неотложная психиатрическая помощь на дому с целью «перехвата» больного до стационара с привлечением специалистов немедицинского профиля: психологов, социальных работников; повышается значимость амбулаторного психиатрического модуля в работе кластера благодаря развертыванию новых амбулаторных подразделений, что обеспечивает максимальную транспортную доступность этого вида помощи.

Список литературы

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. ВОЗ, 2005. Доступно по <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107625/E85445R.pdf;jsessionid=B2A38C52FAA70F094414E5B79B39D71C?sequence=3> ссылка активна на 1.02.2019.
2. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1 (http://www.consultant.ru / document/cons_doc_LAW_4205/).
3. Костюк Г.П. К восстановлению без изоляции и стигматизации. //Нить Ариадны. – Москва, 2017. - № 4(131), с. 2-3.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. с англ.; под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: АДИС, 1994. 302 с.
5. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы. //Социальная и клиническая психиатрия. – Москва, 2016. – Т. 26 № 4, с. 97-109.

6. Хальфин Р.А., Ястребов В.С., Митина И.А., Митин В.Г. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий. //Психиатрия. – 2004. - № 2. – с. 14-28.
7. Хрипун А.И. От редакции. //Московская медицина. Москва, 2017. - № 2 (17), с. 2-3.

СЕКЦИЯ №27.

ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)

СЕКЦИЯ №28.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

СЕКЦИЯ №29.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

СЕКЦИЯ №30.

ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Пермякова А.В., Дерюшева А.Ю.

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

Ключевые слова: недоношенные дети, материнские факторы риска, экстракорпоральное оплодотворение.

Резюме: в данном исследовании проведен анализ факторов риска рождения ребенка с низкой массой тела в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. В исследовании показано, что возраст, привычное невынашивание беременности и бесплодие сроком более 3-х лет, ассоциированы с высокой вероятностью рождения маловесного ребенка.

Resume: in this study, risk factors for the birth of a child with a low body weight as a result of the use of assisted reproductive technologies were analyzed. The results of the study showed that age, habitual miscarriage and infertility for more than 3 years are associated with a high probability of premature birth.

Актуальность.

Здоровье детей – важнейший критерий стабильности и благополучия общества. В последние годы в научной литературе все чаще обсуждается вопрос о состоянии здоровья детей, появившихся на свет в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), включая метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Существуют различные точки зрения на эту проблему. Так, академик РАМН А. А. Баранов (2012) считает что, что дети, родившиеся с помощью ВРТ, отличаются от своих сверстников, зачатых естественным путем, 75,0 % из них имеют те или иные нарушения здоровья [1]. В то же время другие исследователи, изучавшие состояние здоровья детей от беременности, индуцированной ВРТ, в отличие от сверстников, зачатых в естественном цикле, подчеркивают отсутствие значимых различий в показателях заболеваемости и развитии таких детей [2].

При изучении факторов, определяющих состояние здоровья детей, родившиеся после применения репродуктивных методов, следует учитывать, что семьи, прибегнувшие к ВРТ, имеют ряд специфических проблем, как психологического, так и соматического спектра. Известно, что бесплодие само по себе может быть связано с повышенным риском заболевания у потомства. Патологическому течению неонатального периода у детей из группы ВРТ способствуют, прежде всего, хронические заболевания со стороны матери, ставшие причиной бесплодия. Кроме того, имеются исследования, указывающие на ряд психологических проблем. Так, матерям детей родившихся после применения репродуктивных методов чаще свойственны гипертимность (повышенное настроение), тревожность, импульсивность, эмоциональная напряженность и

нерешительность. У этих женщин чаще наблюдались тревожное отношение к беременности и ребенку и эйфорическое отношение к родам [3].

Цель работы - установить возможные факторы риска рождения ребенка с низким весом от беременности в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО).

Материалы и методы.

В когортном проспективном исследовании проведен анализ результатов анкетирования 38 матерей и 44 историй развития новорожденных, родившихся в результате применения ЭКО в 2015-2017гг. в г. Перми. Все пациенты наблюдались амбулаторно, в условиях частной детской клиники. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Вычисление средних показателей проводилось путем определения среднего арифметического и стандартного отклонения от него (δ). Для количественного описания тесноты связи признаков использовали характеристику Отношение шансов (ОШ), определяющую вероятность события. Отношение шансов оценивали с доверительной вероятностью 0,95, указывали доверительный интервал (ДИ).

Результаты и обсуждение.

Все дети были поделены на 2 группы: основную группу составили 14 детей, чей вес при рождении не превышал 2500,0гр. В этой группе было 4 двойни. В группу сравнения вошли 30 детей, чей вес при рождении был более 2500,0гр. В этой группе было 2 двойни. Соответственно, были поделены и матери детей исследуемых групп: в основной – 10 женщин, и в группе сравнения – 28.

Дети основной группы исследования родились в срок от 26 до 37 недель беременности, среднее значение веса при рождении составило 1689,0гр (ДИ 1029,0;2175,0гр). Экстремально низкие значения массы тела (менее 1000,0 гр.) были у 3 детей, причем двое были из двойни. Состояние здоровья всех детей основной группы при рождении оценивалось как тяжелое, в основном за счет респираторного дистресс-синдрома. Анемия недоношенного зарегистрирована в 35,7%(5/14) случаев, ЗВУР по гипотрофическому типу – у одного ребенка. Распределение новорожденных по группам здоровья было следующим: 1-я группа – нет, 2А группа – 28,5%(4/14), 2Б- 50,0%(7/14), 3-я – 21,5% (3/14).

В группе сравнения срок родов составил 37 недель и более, среднее значение веса – 3351,0 гр (ДИ 3030;3660). Здоровыми родились 53,3% (16/30) детей. У остальных соматическая патология была представлена, в основном, МАРС – 16,6% (5/30), ЗВУР по гипотрофическому типу –10,0% (1/30), тромбоцитопатия – 10,0% (1/30), гипербилирубинемия – в 1 случае (ребенок переведен в ОПН), крипторхизм – 10,0% (1/30), кефалогематомы отмечались у 16,6% (5/30). Распределение новорожденных по группам здоровья было следующим: 1-я группа – нет, 2А группа – 46,6%(14/30), 2Б- 33,4%(10/30), 3-я – 20,0% (6/30).

Ретроспективно изучено состояние здоровья матерей в исследуемых группах. Средний возраст матерей основной группы наблюдения составил 38 (ДИ 32;41) лет, в группе сравнения – 33(ДИ 30;35) года. Таким образом, возраст женщины, старше 35 лет, повышает риск рождения маловесного (менее 2500,0гр) ребенка в 3,1 раза (ОШ=3,1; ДИ 95%(доверительный интервал) 0,83-11,6). Имели высшее образование 70,0% (7/10) женщин в основной группе и 53,5% (15/28) - в контрольной. Находились во втором браке 30,0% (3/10) женщин в основной группе, и 14,2% (4/28) - в контрольной. Возраст вступления в повторный брак преимущественно был после 30 лет. Анализ репродуктивной функции матерей детей исследуемых групп показал, что у них практически с одинаковой частотой встречалось бесплодие: 40,0%(4/10) и 39,2%(11/28). Длительность бесплодия от 3 до 10 лет отмечена у половины матерей детей основной группы (28,5% (8/28) в группе сравнения), что повышает риск рождения ребенка с малым весом в 2,5 раза (ОШ=2,5; ДИ 95%(доверительный интервал) 0,5-11,0). У всех матерей детей основной и контрольной группы настоящая беременность была планируемой, желанной, все они встали на учет в женскую консультацию в сроке до 12 недель. В основной группе в 40,0%(4/10) случаев, и в 53,0% (15/28) в группе сравнения данная беременность была первой. Практически у всех женщин течение беременности осложнялось угрозой невынашивания. При анализе акушерского анамнеза установлено, что у матерей детей основной группы, медицинские аборт отмечены в 10,0% (1/10) случаев, а в группе сравнения в 17,8%(5/28), самопроизвольные выкидыши отмечены у 30,0%(3/10) женщин основной группы, и у 10,7% (3/28) женщин в группе сравнения, внематочная беременность отмечалась в 20,0%(2/10) в основной группе, и в 28,0% (8/28) в группе сравнения. Таким образом, невынашивание беременности в анамнезе, повышает риск рождения маловесного ребенка в 2 раза (ОШ=2,0; ДИ 95% (доверительный интервал) 0,46-8,7). Паритет настоящих родов: в основной группе 100,0 (10/10) - первые, оперативные в 40,0%(4/10); в группе сравнения в 17,8%(5/28) случаев роды были повторными, оперативными в 57,5%(16/28) случаев. Что касается попыток

ЭКО, все они были первыми, и только в одном случае 3 предыдущие попытки были неудачные, с 4 попытки беременность завершилась рождением двойни (вес 2322,0 и 2130,0) в срок 35 недель у женщины старше 48 лет.

В основной группе соматически здоровых женщин не было, в группе сравнения таковых насчитывалось 13,0% (4/28). Анализ экстрагенитальной патологии у матерей показал, что у них с одинаковой частотой, регистрировались заболевания эндокринной системы: 50,0% (5/10) в основной группе и 50% (14/28) в группе сравнения. Хронические заболевания мочевыделительной системы отмечены только в группе сравнения 17,8% (5/28). Нейроциркуляторная дистония отмечена в 30,0%(3/10) случаев в основной группе и в 14,2% (4/28) в группе сравнения. Анемия и нарушения свертывающей системы крови отмечены в 30,0% (3/10) и 20,0% (2/10) в основной группе, и 28,5%(8/28) и 21,4%(6/28) в группе сравнения соответственно. Тяжелая преэклампсия развилась в 1 случае (10,0%) в основной группе и в 3 случаях (10,7%) в группе сравнения. Гинекологическая заболеваемость была представлена в основном хроническим воспалением придатков (40,0% (4/10) и 17,8% (5/28)), эндометритом (10,0% (1/10) и 14,2%(4/28)), эндометриозом (20,0%(2/10) и 10,7% (28)). Спаечный процесс малого таза отмечен в 40,0% (4/10) случаев в основной группе и 53,5% (15/28) в группе сравнения.

Выводы. В результате исследования установлено, что каждый третий ребенок, рожденный в результате вспомогательных медицинских технологий является недоношенным (32,0%). Основными факторами, влияющими на рождение недоношенного ребенка при ЭКО-беременности являются следующие: возраст матери старше 35 лет (повышает риск в 3,1 раза), длительность бесплодия от 3 до 10 лет (повышает риск в 2,5 раза), и невынашивание беременности в анамнезе (повышает риск рождения маловесного ребенка в 2 раза).

Список литературы

1. Баранов А. А. Справка о состоянии здоровья детей, родившихся в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе ЭКО. – 2012. –(URL: <http://www.pediatr-russia.ru/node/124>).
2. Башмакова Н. В., Трапезникова Ю. М., Чистякова Г. Н. К обоснованию профилактики плацентарной недостаточности при беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий //УРМЖ. – 2008. – № 12(52). – С.49–54.
3. Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д., Филькина О.М., Малышкина А.И. Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 69–77. doi: 10.17759/psyclin.2016050305).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Степанова О.С.

Клиническая больница № 1 Южного окружного медицинского центра ФМБА России,
РФ, г. Ростов-на-Дону

Серьезной медико-социальной проблемой современного общества как в России, так и за рубежом, является железодефицитная анемия (ЖДА) у детей. Возникновение ЖДА вызвано недостаточным поступлением в организм ребенка веществ, необходимых для образования гемоглобина, причем она наблюдается чаще у детей раннего возраста, особенно во втором полугодии жизни, и у подростков. Появление ЖДА может быть обусловлено действием антенатальных, интранатальных, и постнатальных причин. К антенатальным относятся нарушение маточно-плацентарного кровообращения, фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения, многоплодие и частые беременности, недоношенность, ЖДА беременной [1]. Интранатальными могут быть кровотечения в родах, фетоплацентарная трансфузия, преждевременная или поздняя перевязка пуповины [1]. К постнатальным можно отнести недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, использование неадаптированных

молочных смесей, вскармливание коровьим или козьим молоком, несбалансированная диета), повышенная потребность в железе у детей с ускоренными темпами роста (недоношенные дети, дети с большой массой тела при рождении, дети пре- и пубертатного периода), повышенные потери железа из-за кровотечений различной этиологии и нарушения кишечного всасывания (наследственные и приобретенные синдромы мальабсорбции, хронические заболевания кишечника).

Критериями ЖДА, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, являются: снижение значения гемоглобина меньше 110 г/л (для детей до 6 лет) или менее 120 г/л (для детей старшего возраста и взрослых); уменьшение в сыворотке крови концентрации железа менее 10 мкмоль/л; содержание ферритина менее 14 мкг/л. При этом также отмечается возрастание общей железосвязывающей способности сыворотки более 63 мкмоль/л, значений трансферрина более 2,6 г/л и снижение насыщения трансферрина железом менее 20 % [1].

Степени тяжести ЖДА различают по содержанию гемоглобина (Hb, г/л): первая (легкая) $90 < \text{Hb} < 110$, вторая (средняя) $70 < \text{Hb} < 90$, третья (тяжелая) $\text{Hb} < 70$.

В практической работе педиатра ЖДА является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний. Терапия ЖДА должна быть направлена на устранение причины и одновременное восполнение дефицита железа железосодержащими препаратами. На российском рынке имеется большое количество пероральных препаратов, применяющихся для лечения ЖДА, к которым относятся препараты двух- и трехвалентного железа, отличающиеся различными механизмами всасывания железа из ионных и неионных соединений. При выборе препарата врачом принимаются во внимание: клиническая эффективность, безопасность, возраст ребенка, необходимость длительной терапии, стремление минимизировать побочные эффекты, стоимость препарата.

К пероральным солевым препаратам двухвалентного железа относятся: сульфат железа (актиферрин, гемофер пролонгатум, сорбифер дурулес, тардиферон, ферроплекс, ферроградумет), глюконат железа (тотема), хлорид железа (гемофер), фумарат железа (ферретаб комп., ферронат, железа фумарат 200). Соединения двухвалентного железа, попадая в желудочно-кишечный тракт, проникают в мукозные клетки слизистой кишечника, и далее – по механизму пассивной диффузии - в кровяное русло, где двухвалентное железо переходит в трехвалентную форму и, соединяясь с трансферрином и ферритином, образует пул депонированного железа, которое при необходимости может использоваться в синтезе гемоглобина. В литературе отмечена возможность появления побочных эффектов, в первую очередь со стороны желудочно-кишечного тракта. Симптомы обычно проявляются в течение часа после приема лекарства в виде диареи или запора, тошноты, дискомфорта в эпигастрии, боли в животе, рвоты. В течение первых дней лечения возможно появление металлического привкуса во рту, потемнение зубной эмали и десен.

Современные пероральные препараты трехвалентного железа создаются на основе гидроксид-полимальтозного комплекса. Это мальтофер, мальтофер фол, феррум лек. Неионная химическая структура и активный транспортный механизм в кишечнике приводят к тому, что при насыщении организма железом его всасывание из препарата полностью прекращается, и поэтому вышеперечисленные побочные эффекты при приеме препаратов трехвалентного железа отсутствуют [2].

Однако лучшая переносимость препаратов трехвалентного железа не всегда может являться основанием для их безусловного выбора педиатром при медикаментозной терапии. Опубликован ряд работ [3, 4], содержащих данные о том, что такие препараты не всегда эффективны и требуют более длительных курсов лечения. Поэтому нами был предпринят сравнительный анализ эффективности и переносимости лечения ЖДА у детей препаратами двух различных групп.

Под нашим наблюдением находилось 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, имеющих анемию первой степени, из которых были сформированы две равные группы, содержащие одинаковый возрастной контингент.

Диагноз основывался на показателях анамнеза и клиники, показателях гемограммы и обмена железа.

Первой группе был назначен препарат двухвалентного железа - Актиферрин (сульфат железа в комплексе с D, L - серином), второй группе - Феррум Лек - препарат трехвалентного железа (гидроксид - полимальтозный комплекс). Оба препарата назначали в форме сиропа в суточной дозе 5 мг/кг. Эффективность терапии оценивали по количеству ретикулоцитов, концентрации гемоглобина, уровням гематокрита, сывороточного железа и ферритина.

Результаты исследования следующие.

Количество ретикулоцитов в обеих группах в среднем увеличилось на

2 % по отношению к исходному на 10-й день от начала лечения, что свидетельствует об адекватно подобранной дозе железа.

Уровень гематокрита в обеих группах в среднем увеличился на 3% по отношению к исходному через 1 месяц от начала лечения.

Показатели гемоглобина нормализовались следующим образом.

В первой группе: через 1 месяц - у 4 человек; через 2 месяца - у 12 человек; через 3 месяца - у 3 человек.

Во второй группе: через 1 месяц - у 2 человек; через 2 месяца - у 10 человек; через 3 месяца - у 7 человек.

Переносимость обоих препаратов была хорошей. Тяжелые побочные реакции отсутствовали. В первой группе отмечены: запоры - у 2 детей, диарея - у 1 ребенка. Во второй группе: запоры - у 5 человек, обострение атопического дерматита - у 1 человека, боли в животе - у 1 человека.

Нормализацию уровня сывороточного железа и ферритина наблюдали во всех группах по истечении 3-х месяцев лечения.

Таким образом, результаты проведенного исследования не выявили существенного преимущества препарата одной из двух сравниваемых групп. Оба препарата показали сравнимые результаты в пределах статистической погрешности и могут быть рекомендованы для широкого применения. Однако следует отметить, что при применении Феррум Лек его эффективность проявляется в более поздние сроки, поэтому необходим более продолжительный курс лечения. Поэтому с учетом средних цен на препараты стоимость курса лечения Актиферрином существенно ниже, чем препаратом Феррум Лек.

В заключение следует отметить, что своевременное лечение ЖДА способствует нормальному психомоторному и интеллектуальному развитию ребенка. После нормализации гемограммы необходим поддерживающий прием препаратов железа в течение 2-3 месяцев. Диспансерное наблюдение за больными осуществляется в течение года.

Список литературы

1. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с.
2. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 720 с.
3. Финогенова Н.А. и др. Сравнительная характеристика эффективности и переносимости препаратов железа различных групп у детей с железодефицитной анемией / Педиатрия, приложение к журналу CONSILIUM MEDICUM, - 2013, - № 2. - С. 64-66.
4. Чернов В.М., Тарасова И.С. Современные представления о железодефицитной анемии у детей и возможностях ее коррекции / Фарматека. Педиатрия, - 2014, - №1 (274). - С. 6-9.

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

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)**

**СЕКЦИЯ №38.
СУДЕБНАЯМЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)**

**СЕКЦИЯ №39.
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)**

**СЕКЦИЯ №40.
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)**

**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)**

**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)**

**СЕКЦИЯ №50.
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)**

**СЕКЦИЯ №51.
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

**СТРУКТУРА И ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ОТПУСКАЕМЫХ БЕЗ РЕЦЕПТА**

Сорокина Ю.А., Смирнова И.Е., Гаврилова Д.М.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Цель работы – выявить структуру эпизодического потребления безрецептурных лекарственных препаратов среди лиц среднего возраста. **Материалы и методы.** Проведено анкетирование лиц среднего возраста (возраст $29,5 \pm 1,5$ лет), без тяжелых сопутствующих заболеваний по вопросам о самостоятельном использовании лекарственных препаратов без рекомендаций специалистов здравоохранения, отпускаемых без рецепта. Оценивалась также частота приема лекарственных препаратов и причина для самостоятельного решения о применении того или иного средства.

Результаты. Оценено 220 анкет. В опросе приняли участие 77 мужчин и 143 женщины в возрасте от 26 до 45 лет, не имеющие медицинского образования. Для выбора того или иного лекарственного препарата никто не обращался к специалисту. Респонденты ориентировались на рекомендации фармацевтов – провизоров (в $\frac{3}{4}$ случаев) или средствами массовой информации.

Респонденты отметили, что наиболее частыми причинами для применения безрецептурных препаратов явились: боли в эпигастральной области, жжение и изжога, нерегулярный стул (реже - обстипация и чаще - диарея), погрешности в диете (ответ «переедание»), кожный зуд, головная боль (в том числе после злоупотребления алкоголем). Наиболее распространенные группы лекарственных препаратов: панкреатин, лоперамид, хлорпирамин, дезлоратадин, кеторолак, ибупрофен, метамизол натрия, парацетамол, дротаверин в комбинациях.

Частота жалоб и применяемых некоторых препаратов распределилась следующим образом (таблица 1).

Таблица 1. Распределение жалоб респондентов и применяемых препаратов

Жалоба/симптом	Применяемые средства	Среди респондентов - мужчин	Среди респондентов - женщин
Погрешности в диете	панкреатин	88,3%	14%
Нарушение стула – диарея	лоперамид	1,3%	27,9%
Головная боль	нестероидные противовоспалительные средства	100%	100%
	дротаверин	0	7%

Кожный зуд	хлорпирамин, дезлоратадин	15,6%	83,9%
Для профилактики грибковой инфекции	тербинафин (крем)	20,8%	0

Заключение. В большинстве случаев препараты были использованы по соответствующему назначению [4,5]. Однако стоит отметить, что пациенты мужского пола склонны к злоупотреблению нестероидных противовоспалительных препаратов для снятия головной боли при злоупотреблении алкоголем. Частота приема препаратов данной группы составила 2-3 раза в неделю для мужчин (в 70% случаев) и 2-3 раза в месяц для женщин (в 85% случаев). Также было отмечено респондентами, что нестероидные противовоспалительные препараты были приняты заранее, «для предупреждения» симптомов злоупотребления алкоголем, что является крайне нежелательным и опасным сочетанием. Кроме того, совместный прием нестероидных противовоспалительных препаратов и их комбинаций с алкоголем крайне опасен развитием побочных реакций со стороны сердечно – сосудистой и нервной систем, органов пищеварения (печеночная недостаточность, желудочно-кишечные кровотечения) [4,5]. Нерациональное применение ненаркотических анальгетиков способствует развитию абюзусных головных болей. Среди всех видов таких болей наибольшее клиническое значение имеет цефалгия, обусловленная злоупотреблением ненаркотическими анальгетиками или комбинированными препаратами. По мнению специалистов, прием нестероидных противовоспалительных препаратов по причине головной боли 15 и более дней в месяц приводит к формированию абзуса [3].

Помимо квалифицированной консультации со специалистом и назначения соответствующих лекарственных средств для лечения определенной нозологии, необходимо также учитывать рекомендации по соблюдению определенного режима питания, учитывать несовместимость некоторых продуктов с лекарственными препаратами [6]. А в условиях самостоятельного выбора и назначения лекарств без консультации данный аспект эффективности фармакотерапии не может быть учтен.

Самостоятельный прием антигистаминных препаратов при кожном зуде неизвестной этиологии может привести к смазыванию картины и дальнейшему прогрессированию заболеваний кожи без консультации врача – дерматовенеролога. Так, например, антигистаминные препараты могут служить адьювантной фармакотерапией наряду с другими лекарственными средствами против кожного зуда [2].

Риск заболеваемости онихомикозом и дерматоимикозом значительно увеличивается в старших возрастных группах, независимо от пола. По некоторым данным онихомикозом страдает 2% - 18,5% людей среднего возраста, а население в возрасте 70 лет и старше поражено в 50% случаев. Развитию онихомикоза предшествует грибковое поражение стоп. Очень часто имеет место недостаточной информированностью пациентов. Некоторые не знают о наличии у них грибковой инфекции, в то время как другие при виде изменения ногтевых пластинок, расценивают это как онихомикоз и начинают лечить его самостоятельно, без определения чувствительности возбудителя и необходимой длительности курса лечения [1]. В данном случае респонденты, участвующие в опросе, не консультировались с соответствующими специалистами и применяли тербинафин эпизодически (2-3 раза в месяц). Данный факт может свидетельствовать о персистирующем микозе или же об отсутствии показаний к применению тербинафина.

Неконтролируемое использование лекарственных средств, отпускаемых без рецепта, может привести к развитию серьезных нежелательных явлений и прогрессированию заболеваний.

Список литературы

1. Васенова В.Ю. Современные возможности применения тербинафина для лечения грибковых заболеваний / В.Ю. Васенова, Ю.С. Бутов // Регулярные выпуски «РМЖ». - 2012. - № 11. – С. 582
2. Карева Е.Н. Выбор антигистаминного препарата: взгляд фармаколога // РМЖ. - 2016. - № 12. - С. 811–816.
3. Максимова М.Ю. Абюзусная головная боль / М.Ю. Максимова, Т.Ю. Хохлова, Л.А. Мота // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. -№ 9. – С. 99-102
4. Машковский, М.Д. Лекарственные средства / М.Д. Машковский. - 16-е изд., перер., испр. И доп. – М.: ООО «Изд-во «Новая волна». –2017. – 1216 с.
5. Регистр лекарственных средств России. РЛС-2018. Энциклопедия лекарств / под ред. Г.Л. Вышковского. - М.: РЛС-Медиа. – 2017. – 1384 с.

6. Сорокина Ю. А. Влияние диетотерапии по Певзнеру на эффективность и безопасность фармакотерапии / Ю. А. Сорокина, А. Н. Мотина, Л. В. Ловцова // Международный научно-исследовательский журнал. — 2018. — № 4 (70). — С. 80—85. Doi: 10.23670/IRJ.2018.70.009

СЕКЦИЯ №52.

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)

ВИТАМИНИЗАЦИЯ ЖИТЕЛЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ НАТУРАЛЬНЫМИ ВИТАМИНАМИ

Лукьянов С.Э.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

Лучшее лечение любой болезни — это профилактика. Целый ряд недугов связан с дефицитом в пище тех или иных веществ. В современной России больше половины населения не потребляет достаточное количество витаминов и минеральных веществ. Результаты массового обследования детей дошкольного и школьного возраста различных регионов Российской Федерации: Европейской части, Западной и Восточной Сибири, Дальнего Востока свидетельствуют о недостаточном потреблении витаминов. Глубина этого дефицита нарастает в зимне-весенний период, однако у многих детей недостаточная обеспеченность витаминами сохраняется и в более благоприятные летние и осенние месяцы. Дефицит не ограничивается только аскорбиновой кислотой или какими-то другими отдельными витаминами, а носит, как правило, характер сочетанного полигиповитаминоза. Наряду с недостатком витамина С, наиболее часто отмечается недостаточное потребление витаминов В1, В2, В6, ниацина, фолиевой кислоты и каротина. Недостаточное потребление витаминов в детском и юношеском возрасте отрицательно сказывается на здоровье, физическом развитии, заболеваемости, способствует постепенному развитию обменных нарушений, хронических заболеваний и, в конечном итоге, препятствует формированию здорового поколения.

Есть мнение, что авитаминоза населения можно избежать при своевременной витаминизации населения. Ввиду отсутствия в достаточном для масштабного оздоровления населения естественных и натуральных витаминов имеет смысл применения их синтетически синтезированных аналогов. Но в то же время необходимо отметить, что польза от приема витаминов определяется не количеством, а биологической ценностью; иными словами тем, насколько активно они участвуют в обменных процессах. В синтетических препаратах нет компонентов, которые помогли бы организму усвоить полезные вещества. Поэтому искусственные витамины не представляют большой ценности. Они или выводятся из организма, или, в худшем случае, вызывают аллергические реакции и расстройства пищеварения. Натуральные витамины представляют собой сложный биологический комплекс, включающий токоферолы, биофлавоноиды и другие вещества. Такие природные продукты, даже в больших количествах, не вызывают побочных эффектов. Кроме того, необходимо учитывать тот факт, что витаминизацию нужно проводить с учетом возраста, пола, питания, режима работы и общего состояния организма. Например, во время роста и полового созревания детям и подросткам требуется повышенное количество витаминов А, Е и D, а людям зрелого возраста часто не хватает витаминов группы В.

Во время Советского Союза вопросу витаминизации населения уделяли большое значение. Так, например, в соответствии с "Инструкцией по проведению С-витаминизации питания в больницах (для детей и взрослых), яслях, домах ребенка, детских санаториях и родильных домах", утвержденной 2 февраля 1961 г., С-витаминизация питания проводится круглогодично в яслях, детских садах, санаториях-профилакториях, родильных домах и прочих учебно – воспитательных и лечебно – профилактических учреждениях. В соответствии с вышеназванным документом, устанавливалось лицо, ответственное за витаминизацию продуктов питания. Витаминизацию готовых блюд предписывалось проводить непосредственно перед их раздачей, а подогрев витаминизированных блюд не допускался. Считаю правильным отметить тот факт, что ежедневно в меню-раскладку заносились сведения о проводимой витаминизации, причем указывает наименование витаминизированного блюда, число витаминизированных порций, количество аскорбиновой кислоты и т.д. А вышестоящие органы регулярно проводили контроль за выполнением «Инструкции». Доза же витамина С была строго рассчитана исходя из принадлежности витаминизируемых к конкретной возрастной группе.

В настоящее время в России создана программа витаминизации населения РФ, в соответствии с которой утвержден план комплексных научных мероприятий. Мероприятия подразумевают популяционный подход

(витаминизация всего населения посредством использования пищевой витаминизированной продукции) и персонализированный подход (витаминизация отдельных групп населения посредством использования поливитаминных комплексов и БАД).

Такое решение вызвано тем, что более половины россиян испытывают дефицит витаминов. При этом почти вся витаминная продукция в нашей стране является импортом. Витаминные комплексы, которые производятся в России, делаются из зарубежного сырья. В условиях девальвации рубля не исключен рост цен на продукцию, и с учетом политической обстановки возможно наложение эмбарго на ввоз субстанций. По мнению экспертов, необходимо законодательно утвердить персональный подход к каждому человеку, который подразумевает в том числе введение обязательного анализа крови на содержание микроэлементов в ходе диспансеризации. Бизнес готов активно подключиться к решению задач по витаминизации россиян, однако без поддержки регуляторов и врачебного сообщества, которое должно включить в свой лечебный процесс не только терапию заболеваний, но и профилактику, решить эту задачу будет невозможно.

Пилотный проект по витаминизации населения РФ впервые опробуют на базе стационаров Татарстана. Первым подопытным медицинским учреждением станет республиканский противотуберкулезный диспансер в Казани. По данным института питания РАМН, 100 процентов поступивших в стационар пациентов в разной степени страдают авитаминозом. Программа нужна для ускорения адаптационного периода организма больного. Пациентам республиканского противотуберкулезного диспансера предложат российский БАД "Профитин".

Что касается законодательной базы, то витаминизация блюд в различных общественных учреждениях проводится в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. N 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями от 7 октября 2005 г., 10 января, 26 апреля 2006 г.). Кроме этого, разработанная в 1994 году «Инструкция по профилактической витаминизации детей в дошкольных, школьных, лечебно-профилактических учреждениях и домашних условиях поливитаминными препаратами» содержит актуальные сведения, которые могут быть использованы при разработке как индивидуальной, так и коллективной иммунизации. В соответствии с «Инструкцией» в целях иммунизации населения может быть использован концентрат освежающего безалкогольного напитка "Золотой шар", разработанный специалистами Института питания РАМН и выпускаемый в России. Данный поливитамин содержит все 12 необходимых организму человека витаминов (А, Е, Д, С, В1, В2, В6, В12, ниацин, пантотеновую кислоту, фолиевую кислоту, биотин) и бета-каротин, основу напитка составляет сахар и лимонная кислота. Один стакан обеспечивает 100% суточной потребности в указанных выше витаминах детей в возрасте от 1 до 6 лет, 75% потребности детей 7-10 лет и 50% потребности детей 11-17 лет. Двухлетняя апробация показала, что регулярное включение в рацион детей поливитаминного напитка «Золотой шар» нормализует биохимические показатели витаминной обеспеченности организма, способствует снижению заболеваемости, улучшению выносливости и показателей физического развития.

Нужно сказать, что «Золотой шар» действительно используется в профилактических целях для витаминизации населения Оренбургской области.

В рамках работы была проведена практическая оценка наличия природных витаминов в аптечных сетях города Оренбурга. Целью исследования стал обзор ассортимента натуральных витаминов на прилавках аптек г. Оренбурга (в т. ч. и под заказ) с дальнейшим анализом полученных данных. Кроме этого, необходимо оценить степень насыщенности рынка естественными витаминами, а так же дать оценку производству последних, т.е. указать страны-производители.

Итоги исследования представлены в Таблице №1.

Торговое название	Витаминный состав	Страна-производитель
Масло кунжутное	Омега-3 и Омега-6 витамины группы В и кальций	Страна Россия, Производитель «Диал-Экспорт»
Сироп шиповника	Высокое содержание витамина С	Страна Россия, Производитель ООО «Астромар»
Шрот семян расторопши	Витамины А, D, Е, F, К, витамины группы В, цинк, селен, медь	Страна Украина Производитель ООО «Амрита»
Йодомаринид	Порошок ламинарии (морской капусты), содержащий витамины различных групп, йод, фофор, магний, марганец	Страна Беларусь, Производитель ООО «Аматек»
Масло шиповника	Насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, в том числе линолевую и линоленовую, а также каротиноиды и витамины С и Е	Страна Россия, Производитель «РеалКапс»

Натуральный рыбий жир	Витамин Е, А, Омега-3 и Омега-6	Страна Россия, Производитель «Диал-Экспорт»
Масло тыквенное	Витамины А, Е, В1, В2, С, Р, F, флавоноиды, ненасыщенные и полинасыщенные жирные кислоты	Страна Россия, Производитель ООО «Старовер»
Масло облепиховое	Витамины группы В, витамины А, РР, Е, С, каротиноиды (около 40%)	Страна Россия, Производитель «Диал-Экспорт»

Итоги исследования: При оценке уровня витаминизации в аптечных сетях Оренбурга можно сделать вывод, что натуральные витамины действительно присутствуют на рынке. Приобретая в торговых точках продукты природного происхождения, можно покрыть потребности организма в витамине С, витаминах группы В, витаминах группы Омега. Основными же поставщиками вышеназванной продукции является Украина, Белоруссия и, непосредственно, Россия.

В заключение можно добавить, что при дефиците витаминов в рационе нужно обращать пристальное внимание на режим питания. Наличие возможности приобрести натуральные витамины дает возможность грамотно планировать мероприятия как по частной витаминизации, так и по массовой витаминизации населения вообще.

СЕКЦИЯ №53.

ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД

Январь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2019 г.

Февраль 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2019 г.

Март 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2019 г.

Апрель 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2019 г.

Май 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2019 г.

Июнь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2019 г.

Июль 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2019 г.

Август 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2019 г.

Сентябрь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2019 г.

Октябрь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2019 г.

Ноябрь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2019 г.

Декабрь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2020 г.

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



**Актуальные проблемы медицины
в России и за рубежом**

Выпуск VI

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 февраля 2019 г.)**

г. Новосибирск

2019 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Издатель Инновационный центр развития образования и науки (ИЦРОН),
603086, г. Нижний Новгород, ул. Мурашкинская, д. 7.

Подписано в печать 10.02.2019.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 4,3.
Тираж 250 экз. Заказ № 020.

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