

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
Научный совет РАН по проблемам экологии и чрезвычайным ситуациям
Научный совет РАН по физиологическим наукам
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова
Российской академии наук
Ассоциация медицинских антропологов РФ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ульяновский государственный университет»
Институт медицины, экологии и физической культуры
Российский фонд фундаментальных исследований



Медико-физиологические проблемы экологии человека

Материалы

VI Всероссийской конференции с международным участием
(19 – 23 сентября 2016 г.)



Ульяновск – 2016

В отличие от жирового и мышечного компонентов веса тела, изменения костного компонента отражают четкую генетическую детерминированность этого процесса. Скелетная масса у детей 3-7 лет в обеих гигиенических зонах увеличивается волнообразно и суммарный прирост величины не имеет существенных различий.

Роль компьютерной томографии в диагностике повреждений живота при сочетанной травме

Евсеев Р.М., Смолькина А.В., Мусиенко П.В., Барбашин С.И.
Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

С начала 2000-х годов, по сравнению с 90-ми гг., количество сочетанных травм выросло в среднем на 25%. Хотя успехи в диагностике и лечении тяжелых сочетанных травм живота очевидны, однако остаётся много еще спорных и нерешенных вопросов тактического и методического плана. Уровень смертности россиян на 100 тыс. населения в зависимости от заболеваний. Красным, как мы можем видеть, выделены «заболевания-лидеры». Среди них травмы занимают 3 место.

Цель исследования – анализ диагностики повреждений при закрытых травмах живота при сочетанной травме с оценкой роли компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии. С 2010 по 2015 годы на лечении с закрытой травмой живота находились 256 пострадавших, из которых 89% составили пациенты трудоспособного возраста. В срок до 6 часов после получения травм доставлено 89,4%, через 6-12 часов – 7,2%, свыше 12 часов – 3,4%.

Все пациенты были разделены на 3 группы: в первую вошли пациенты, доставленные в учреждение здравоохранения не позднее 6 часов после получения травмы. Во вторую – пациенты, доставленные через 6 – 12 часов после получения травмы и в третью – свыше 12 часов соответственно.

Результаты и обсуждение. Для диагностики применяли методы, не требующие специальной подготовки больного, но обладающие высокой информативностью: УЗИ, лапароцентез, лапароскопию и такой высоко информативный метод как компьютерная томография (КТ) брюшной полости. Необходимо отметить, что КТ особенно полезна в случаях, когда пациент находится без сознания и не может своими жалобами помочь врачу с постановкой диагноза и выбора тактики лечения. В случаях, когда тяжесть пациента не позволяла в полной мере реализовать весь диагностический потенциал лечебного учреждения, он направлялся в палату интенсивной терапии для проведения экстренных мероприятий по протекции жизненно-важных функций организма и стабилизации состояния. Параллельно с этим, по мере возможности проводилось общеклиническое обследование пациента.

При сочетанной патологии, особенно с черепно-мозговой травмой, когда больной находится без сознания – назначали КТ брюшной полости с парентеральным болюсным контрастированием, КТ-ангиография грудной и брюшной части аорты, с выявлением в том числе патологии органов брюшной полости. По необходимости при сочетанной травме с повреждениями конечностей назначали КТ периферических сосудов для выявления целостности. Кроме того при КТ можно диагностировать забрюшинные гематомы, жидкость в брюшной полости и многое другое, а также увидеть структуру органов, что важно в диагностике ушиба внутренних органов.

Прооперировано 217 (84,8%) пациентов. В остальных случаях диагностирован ушиб передней брюшной стенки. При внутрибрюшном кровотечении источником был разрыв селезенки у 45 пациентов, этим больным выполнялась спленэктомия. Травма печени – 39 больных, выполнялось ушивание. У 36 – травма поджелудочной железы, выполняли гемостаз, удаление нежизнеспособной ткани и санацию, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, с последующей профилактикой или лечением посттравматического панкреатита. Повреждение кишечника – у 89, производилось ушивание ран двухрядными швами, а при отрыве – резекция кишечника. При перитоните и повреждении толстого кишечника – наложение колостомы.

В послеоперационном периоде у 12%, больных с тяжелой сочетанной травмой наблюдались следующие осложнения: ранняя спаечная кишечная непроходимость, несостоятельность швов, перитонит, внутрибрюшное кровотечение, острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. Умерло 11 пострадавших (4,3%) с тяжелыми сочетанными повреждениями.

В процессе проведения исследования нами выявлены следующие неоспоримые преимущества: КТ – это безболезненное, высокоточное и неинвазивное исследование, которое не требует специальной подготовки. Основное преимущество томографии – это способность получать изображения всех лежащих рядом органов и тканей в одно и то же время, т.е. на одном снимке визуализируются кости, мягкие ткани, сосуды, и в отличие от обычных рентгеновских снимков, их точность очень высока. КТ незаменима в экстренных случаях, когда существует угроза жизни пациента, например, в случае разрыва внутренних органов или кровотечения. Во многих случаях заключение врача-рентгенолога на основании данных КТ помогает хирургу избежать необходимости проведения инвазивных диагностических операций, например диагностической лапароскопии, для постановки точного диагноза. КТ экономически высокоэффективный инструмент для осуществления диагностики широкого спектра клинических проблем. По нашим данным время с момента поступления пострадавшего в ЛПУ до взятия его на операционный стол сократилось в 3 раза при использовании КТ в диагностике осложнений.

Заключение. Основная задача лечения заключается в проведении экстренного гемостаза, коррекции повреждения внутренних органов живота и ликвидация шока. Широкое применение инструментальных методов диагностики помогает в короткий срок уточнить диагноз и провести своевременное операционное вмешательство. КТ является как высокоточным и высокочувствительным, так и малоинвазивным методом диагностики в ряде патологий, в том числе и повреждений органов брюшной полости. Необходимо увеличивать доступность КТ повсеместно, что позволяет в короткие сроки и с высокой точностью установить диагноз, а следовательно и выживаемость пациентов.

Структура приверженности к антиагрегантной терапии коморбидных больных с ХСН

Ефремова Е.В., Шутков А.М.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Коморбидность – одна из актуальных проблем, с которой ежедневно сталкивается клиницист. Антиагрегантная терапия является важным компонентом комплексного лечения кардиологических больных, в том числе коморбидных, доказавшим свою эффективность для первичной и вторичной профилактики и улучшения прогноза. Отсутствие приверженности к лечению в настоящее время является основной причиной неэффективного

лечения и сохраняющегося высокого риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Однако данных, определяющих влияние коморбидности на приверженность к антиагрегантной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), представлено недостаточно.

Цель исследования: изучить приверженность к антиагрегантной терапии кардиологических больных с высокой коморбидностью.

Материалы и методы. Обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 9,6$ лет) с ХСН I – III стадии, I – IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9%), II ФК – у 108 (53,2%), III ФК – у 75 (36,9%) и IV ФК – у 2 (1%) больных. Продолжительность ХСН – $4,3 \pm 1,8$ года. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно Национальным рекомендациям Научного общества нефрологов России (2012). Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Исследуемые больные были разделены на три группы: I группу (низкая коморбидность, индекс ≤ 3 баллов) составили 53 больных; II группу (умеренно выраженная коморбидность, индекс = 4-5 баллов) – 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс ≥ 6 баллов) – 77 больных. В исследовании использовались валидные психологические методики: Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980); опросник Мини-Мульт (сокращенный вариант MMPI, 1968); опросник акцентуации личности по К. Леонгарду (Баранов А., 1968), опросника «SF-36» для исследования качества жизни (КЖ). Для оценки приверженности к лечению использовался тест Мориски-Грина (Morisky D.E., Green L.W., 1976), а также анкетирование и интервьюирование.

Результаты. Индекс коморбидности Чарлсона составил $5,0 \pm 2,1$ балла. Среднее количество нозологий составило $4,6 \pm 1,6$ нозологий на больного с ХСН (от 1 до 10 нозологий). Наиболее часто ХСН ассоциировалась с ХБП – у 89 (43,8%) больных. ХСН с сахарным диабетом 2 типа диагностировалась у 34 (16,7%) больных, с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения – у 22 (10,8%) больных, с деменцией – у 46 (22,7%) больных.

Антиагрегантная терапия была рекомендована 190 (97,6%) больным, из них ацетилсалициловая кислота (АСК) – 186 (97,9%), клопидогрел – 4 (2,1%). Доза АСК составляла 75-100 мг. Постоянно принимали препараты только 99 (52%) больных. Основной причиной нерегулярного приема АСК у 28 (31%) больного являлась забывчивость, у 21 (23,1) – побочные эффекты (расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта) и наличие большого количества рекомендованных к приему препаратов. Больные с высокой и умеренно выраженной коморбидностью более привержены к приему антиагрегантной терапии, чем больные с низкой коморбидностью: $\chi^2 = 5,7$; $p_{3-1} = 0,02$; $\chi^2 = 5,3$; $p_{2-1} = 0,02$ соотв. Профиль качества жизни больных с ХСН с высоким уровнем коморбидности оказался достоверно ниже, чем у больных с ХСН с низкой коморбидностью по всем шкалам, определяющим как физический, так и психологический компоненты здоровья, $p_{III-I} < 0,004$. Выявлены личностные особенности больных с ХСН, ассоциированной с коморбидностью, влияющие на приверженность к терапии: больные с низкой приверженностью к лечению (включая соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни и медикаментозного лечения) характеризуются дезадаптивным обсессивно-фобическим типом отношения к заболеванию ($\chi^2 = 6,22$; $p = 0,01$), у больных с высокой приверженностью к лечению преобладает эмотивный тип акцентуации характера ($p < 0,001$).

Выводы:

1. Удовлетворительная приверженность к приему АСК наблюдается у половины больных с ХСН.