

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства  
здравоохранения России  
Министерство здравоохранения Самарской области  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного  
района»

# **ДОСТИЖЕНИЯ СЕГОДНЯ – ЗАЛОГ БУДУЩЕГО РАЗВИТИЯ**

Сборник научных работ  
научно-практической конференции

**Самара 2016**

**«Достижения сегодня – залог будущего развития»:** Сборник научных работ научно-практической конференции / Под ред. д.м.н. Т.А. Лариной, к.м.н. И.М. Назаркиной. - Самара: ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России, ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района». - Самара, 2016. – 420 с.: ил.

В предлагаемом читателю сборнике представлены результаты совместных научных исследований работников здравоохранения Самарской области и высшей школы, новых технологий и инноваций, которые совместно с профессионализмом медицинских работников способствуют повышению качества и доступности оказания медицинской помощи населению. В данном сборнике нашли отражение вопросы организации, диагностики и терапии заболеваний, с которыми имеет дело врач общей практики и специалисты других специальностей, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторном звене.

***Рецензент:***

доктор медицинских наук,  
профессор Н.Н. Крюков

© ГБОУ ВПО «Самарский государственный  
медицинский университет» МЗ России, 2016  
©ГБУЗ СО «Самарская Городская клиническая  
поликлиника № 15 Промышленного района»,  
г. о. Самара, 2016

# **ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

*Алексеева Е.В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – наиболее часто используемые средства в лечебной практике. Ежегодно во всем мире их принимают около 30 млн. человек. В год выписывается около 500 млн. рецептов на НПВП, 10-20 % лиц старше 65 лет принимают или принимали НПВП. Самостоятельный прием НПВП в 7 раз превышает рекомендуемый врачом. Предполагаемый прием НПВП будет только увеличиваться, что связано с ростом числа безрецептурных препаратов, старением популяции.

НПВП подразделяются на селективные (с-НПВП) и неселективные (н-НПВП). Последние в терапевтических дозах блокируют не только ЦОГ-2, но также ЦОГ-1, играющую большую роль в поддержании ряда важных функций человеческого организма, в частности, устойчивости слизистой оболочки ЖКТ к повреждающему действию внешних агрессивных факторов. Эта особенность определяет существенное различие между с-НПВП и н-НПВП по степени негативного влияния на ЖКТ.

Селективными ЦОГ-2 ингибиторами (для которых в англоязычной литературе существует название «коксибы», от аббревиатуры «COX-2 inhibitor») являются два препарата – целекоксиб и эторикоксиб. Ряд российских экспертов также рекомендует выделение препаратов с умеренной селективностью в отношении ЦОГ-2 – мелоксикама и нимесулида. Остальные представители этой лекарственной группы относятся к н-НПВП.

НПВП эффективны и удобны в использовании, но могут вызвать серьезные осложнения - прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Так, по данным российских и зарубежных исследований, не менее 40-50% случаев острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ, потребовавших эндоскопического или хирургического гемостаза, связаны с приемом НПВП.

Главным элементов патогенеза этих осложнений считается блокада фермента ЦОГ-1 (что характерно для н-НПВП) и уменьшение синтеза «цитопротекторных» простагландинов. Снижение защитного потенциала слизистой оболочки (СО) приводит к ее повреждению под воздействием внешних факторов агрессии – соляной кислоты в верхних отделах ЖКТ.

В настоящее время в развитых странах мира, на фоне снижения частоты Н.рylogi – ассоциированных язв, именно прием НПВП определяет большинство эпизодов кровотечений в ЖКТ.

В России не проводились собственные эпидемиологические исследования, направленные на изучение реального риска развития серьезных осложнений на фоне приема различных НПВС.

Подавляющее большинство эпизодов серьезных осложнений, связанных с приемом НПВП, возникает у лиц, имеющих определенные факторы риска (ФР).

ФР неравноценны: одни ассоциируются с умеренной, другие – с высокой вероятностью развития осложнений; именно последние имеют наибольшее

значение при планировании стратегии применения НПВП в каждом конкретном случае.

Наиболее важными факторами риска ЖКТ-осложнений является язвенный анамнез, под которым понимается наличие клинически выраженной язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки, выявленной с помощью объективных методов диагностики (эндоскопическое исследование, рентгенография, визуальное обнаружение в ходе хирургической операции), наличие в анамнезе ЖКТ-кровотечения (включая те случаи, когда источник кровотечения не был выявлен) и сопутствующий прием препаратов, влияющих на свертывающую систему крови. Все другие факторы риска ассоциируются с меньшей вероятностью развития осложнений.

Наличие *H. pylori* может способствовать развитию НПВП-гастропатии. Поэтому при развитии на фоне приема НПВП язвы и/или кровотечения из верхних отделов ЖКТ, показано тестирование на наличие этого микроорганизма, а при его выявлении – проведение курса эрадикационной терапии в соответствии со стандартами Маастрихтского консенсуса 2012 г. Однако следует помнить, что эрадикация не снижает полностью риск рецидива НПВП-гастропатии, поэтому при необходимости продолжения приема НПВП следует использовать дополнительные методы профилактики.

Определение ФР составляет основу для планирования рациональной профилактики. Основным методом профилактики является учет факторов риска и назначение более безопасных НПВП.

Наименьший риск осложнений со стороны всех отделов ЖКТ показан для целекоксиба. Это подтверждает мета-анализ 52 РКИ (n=51.048), в которых безопасность целекоксиба сравнивалась с неселективными (н) НПВП и плацебо.

Целекоксиб реже вызывает осложнения у пациентов с факторами риска ЖКТ-осложнений, чем н-НПВП в сочетании с ингибитором протонной помпы (ИПП), что было доказано в РКИ CONDOR.

Риск осложнений может быть существенно снижен при использовании медикаментозной профилактики. Основным средством контроля побочных эффектов НПВП со стороны верхних отделов ЖКТ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). В настоящее время не вызывает сомнений способность этого класса гастропротекторов снижать частоту развития язв, ЖКТ-кровотечения и диспепсии, существенно улучшая субъективную переносимость НПВП. Однако ИПП следует использовать лишь при наличии четких показаний, поскольку они имеют собственные «класс-специфические» побочные эффекты – повышение риска кишечных инфекций, пневмоний, прогрессирования остеопороза и т.д.

Среди основных задач, стоящих перед лечащим врачом, следует рассматривать как выявление пациентов с высоким риском развития тяжелых осложнений на фоне приема НПВП, так и возможности предотвращения развития этих осложнений либо снижение негативного влияния НПВП на гастродуоденальную слизистую оболочку.

Для клинициста наибольшее значение при использовании НПВП имеет оценка риска развития нежелательных явлений, в первую очередь со стороны ЖКТ.

Проанализировано 34 амбулаторные карты пациентов, госпитализированных в 2015 году по поводу язвенной болезни, осложненной кровотечением. В большинстве случаев у больных, госпитализированных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, в анамнезе значилась язвенная болезнь. В 6 случаях пациенты принимали НПВП в течение 2-3 недель, в основном, по поводу остеохондроза.

Возраст пациентов колебался в пределах 45-63 лет. В анамнезе у одного больного была язвенная болезнь.

Для лечения использовались преимущественно неселективные НПВП, в меньшей степени препараты с умеренной селективностью в адекватных суточных дозах.

Таблица 1

### Используемые НПВП

Действующее вещество	Коммерческие препараты	Суточная доза	Классификация	Кол-во больных, получивших НПВП
Кетопрофен	кетонал флексен	100 мг	неселективный в отношении ЦОГ-2	2
Мелоксикам	мовализ, нимесил	15 мг	умеренная селективность в отношении ЦОГ-2	2
Диклофенак	вольтарен, диклофенак	100 мг	неселективный в отношении ЦОГ-2	2

Только двоим пациентам, принимающим НПВП, был рекомендован ингибитор протонной помпы омепразол.

Таким образом, для профилактики серьезных осложнений при применении НПВП со стороны ЖКТ, необходимо назначать препараты, обладающих более высокой селективностью в отношении ЦОГ-2 (коксибы, мелоксикам, нимесулид). При необходимости сочетать назначение НПВП с антисекреторными средствами (ингибиторы протонной помпы).

## ВОСТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБНОГО РЯДА ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

*Анисимов А.Ю.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Вторичная адентия является одной из самых распространенных стоматологических патологий, которая вызывает нарушение функции и эстетики. С каждым годом увеличиваются требования предъявляемые пациентами к результатам работы стоматолога. Это особенно актуально при замещении передних зубов. Классические методы протезирования съемные и мостовидные протезы мало удовлетворяют как пациентов, так и врачей. Так как для установки

мостовидных протезов требуется обточка здоровых зубов, а съемные протезы у многих пациентов вызывают дискомфорт. Дентальная имплантация позволяет наиболее адекватно замещать утраченные зубы. В стоматологическом отделении ГБУЗ СО СГКП №15 применяется система дентальной имплантации MIS. Протезирование с использованием дентальных имплантатов обладает рядом преимуществ: позволяют устранять дефекты зубных рядов без обточки здоровых зубов, дают возможность обойтись без съемных протезов при замещении концевых дефектов, а также при полном отсутствии зубов. В наше отделение часто обращаются пациенты с просьбой восстановить передний зуб или зубы. В основном их потеря связана с травмами или запущенными кариозными процессами, которые вызвали образования гранулем и кист, не подлежащие лечению. Как правило, при потере зуба во фронтальном отделе пациент обращается к стоматологу, с желанием немедленно устранить дефект. При протезировании передних зубов огромную роль играет эстетика, только при слаженной работе стоматолога-ортопеда и стоматолога-хирурга достигается хороший результат. Перед установкой имплантата ортопед снимает оттиски, для изготовления хирургического шаблона и предварительной моделировки формы будущего зуба. Это необходимо для максимально точной установки имплантата, чтобы была возможность сразу после операции изготовить и установить временную коронку для лучшего восстановления десневого контура. Если установка коронки на имплантат за одно посещение не возможно, на время заживления лунки после удаления мы устанавливаем имедиат-протез, который фиксируется на соседних зубах и не повреждает мягкие ткани. Такой протез хорошо справляется со своей задачей, восполняет зубной ряд, обладает не плохой эстетикой, препятствует смещению зубов, защищает лунки зубов от механического воздействия.

За последние 3 года нами запротезированно 49 человек с применением дентальных имплантатов. В 2013 году - 15 пациентов, в 2014 году - 11 пациентов, в 2015 году - 23 пациента. Из них 18 пациентов имели концевые дефекты, 31 пациент включенные дефекты. 12 имели дефекты во фронтальном отделе. В 6 случаях временная коронка была установлена в течение трех суток после установки имплантата, в 6 случаях временные коронки не применялись, а были установлены сразу постоянные коронки через 4-6 месяцев после установки имплантантов. В тех случаях, когда устанавливались временные коронки, сразу после установки имплантатов вид десны, сформировавшейся с помощью временной коронки, ничем не отличался от десны собственных зубов. В случаях, когда временные коронки не применялись, формирование контура десны занимало больше времени, и в двух случаях требовало дополнительных хирургических вмешательств. Объем протезирования с использованием дентальных имплантатов имеет тенденцию к увеличению. Протезирование на имплантах – наиболее современный способ восстановления утраченных зубов. Импланты не просто восстанавливают утраченные зубы, – они улучшают само качество жизни, возвращают уверенность в себе, свидетельствуют о жизненном успехе.

# НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Базарова В.Н., Жидков Д.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящих к ухудшению качества жизни и инвалидизации. Следует оговориться, что НЖБП отсутствует как нозологическая единица в МКБ-10, однако ее значимость вызывает практический интерес в разных аспектах, в том числе в инструментальной диагностике. Данное состояние ассоциируется с метаболическими нарушениями и рассматривается в современных источниках как новый предиктор кардиоваскулярного риска. Общая распространенность НЖБП в популяции колеблется от 10% до 40%.

Понятие НЖБП объединяет спектр клиничко-морфологических изменений печени представленных стеатозом, стеатогепатозом, фиброзом и циррозом. Патогенез НЖБП связан с синдромом инсулинорезистентности, вследствие которого в печени накапливаются триглицериды и формируется жировой гепатоз (ЖГ) - первый этап заболевания. Стадия ЖГ легко диагностируется при ультразвуковом исследовании на разных этапах. В последующем происходит высвобождение из жировой ткани и синтез в гепатоцитах свободных жирных кислот, способствующих возникновению окислительного стресса, являющегося вторым «толчком» заболевания и приводящего к развитию воспалительно-деструктивных изменений в печени в виде стеатогепатита. Данные изменения, а также фиброз печени могут быть распознаны другими инструментальными методами: компьютерной и магнитно-резонансной томографией, радиоизотопными исследованиями и биопсией печени. Максимальный риск развития НЖБП отмечен в группе лиц с метаболическим синдромом – это пациенты с сахарным диабетом 2-го типа, ожирением, гипертриглицеридемией. В то же время признаки НЖБП обнаруживаются у 10–15% людей без клинических проявлений МС, что может быть обусловлено другими патогенетическими механизмами.

В целом для НЖБП характерно бессимптомное течение, поэтому наиболее часто в практике врач сталкивается со случайно обнаруженным при биохимическом обследовании синдромом цитолиза или выявленным ЖГ как находкой по данным УЗИ. При этом пациент с НЖБП как правило, либо не предъявляет жалоб, либо они являются не специфичными в виде астеновегетативного синдрома (слабость, утомляемость) и дискомфорта в правом подреберье, кожного зуда, диспепсического синдрома. Развитие желтухи и портальной гипертензии свидетельствуют о далеко зашедшей стадии НЖБП.

УЗИ является на данный момент наименее затратным и информативным инструментальным методом диагностики стеатоза печени или ЖГ. При лабораторном исследовании для НЖБП характерны умеренно выраженные показатели цитолиза, гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия, гипергликемия, гипоальбуминемия, тромбоцитопения.

Цель исследования: изучить распространенность НЖБП по данным УЗ исследования, рассмотреть факторы риска, ассоциированные с ультразвуковым феноменом стеатогепатоза.

Материалы и методы: для изучения распространенности ЖБП среди пациентов ГБУЗ СО «СГКП №15» проведен анализ УЗИ органов брюшной полости, выполненных в 2015 году врачом отделения функциональной диагностики Базаровой В.Н. За указанный период проведено 1910 исследования, из них лицам старше 40 лет – 894 исследования.

Исследования проводились в плановом порядке с использованием ультразвуковых сканеров Medison X8, Medison Eko7, Ultrasonix Tablet, конвексными датчиками 2-6 МГц. У группы пациентов с выявленными структурными изменениями проведен анализ лабораторных показателей, ретроспективная оценка объективного клинического статуса.

Результаты. В группе обследованных лиц диагноз ЖГ выставлен 305 пациентам (25,8 %), что сопоставимо с литературными данными (распространенность НЖБП по разным источникам в среднем составляет 20%).

Ультразвуковыми критериями ЖГ являлись диффузное повышение эхогенности печени («яркая печень»), дистальное затухание эхосигнала, нечеткость сосудистого рисунка, нечеткость контуров диафрагмы. Общность заключения ЖГ не исключала особенностей ультразвуковой картины в каждом конкретном случае: кроме градации по степени выраженности ЖГ имели место варианты сочетания вышеуказанных признаков на фоне разной эхогенности паренхимы, характера сосудистых стенок и изменения желчных протоков. Нельзя исключить, что данные разновидности могут отражать прогрессию НЖБП в виде воспалительно-деструктивного процесса (переход гепатоза в стеатогепатит) и фиброза. На данный момент дифференциальным отличием ЖГ от стеатогепатита является выраженность биохимического синдрома цитолиза, однако, согласно последним литературным данным отсутствие изменений лабораторных показателей не исключает наличия воспаления и фиброза печени.

У пациентов с ЖГ получены следующие лабораторные показатели: увеличение триглицеридов – у 11,1%, холестерина – у 27,4%, ЛПНП - у 6,8%, АЛТ - у 0,85%, глюкозы – у 13,7% пациентов. Повышение ИМТ имело место у 41,2% пациентов.

Бессимптомными (с отсутствием жалоб и объективных данных, предполагающих заболевания печени) явились 43% пациентов с заключением ЖГ. Данной группе больных УЗИ проводились в качестве динамического наблюдения, в том числе при сахарном диабете, а также в рамках диагностического поиска при изменении показателей анализов крови.

Таким образом, детерминантами постановки диагноза являлись данные биохимического анализа крови, наличие сахарного диабета, повышение индекса массы тела.

## **ВЫВОДЫ.**

1. Высокая распространенность ЖГ подтверждает актуальность проблемы ранней диагностики данного заболевания в амбулаторных условиях.
2. Сочетание во многих случаях ультразвуковых проявлений ЖГ и изменения лабораторных показателей позволяет рассматривать данное состояние не только

как безобидное следствие метаболического синдрома, но и как фактор риска прогрессии заболевания с вероятностью развития стеатогепатита и фиброза.

3. Возможности определения стадийности НЖБП с помощью ультразвуковой диагностики в амбулаторной практике на данном этапе времени ограничены, тем не менее, данные клинико-лабораторных исследований, распознавание компонентов метаболического синдрома доступными, в том числе инструментальными, методами могут быть определяющими в выявлении неблагоприятного течения заболевания.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ИНТЕРЛЕЙКИНА 28В ВЕРОЯТНОСТЬ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА, У ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ ХВГС**

*Банишева Т. О, Кирюхин А. И.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Целью противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С является полная элиминация вируса из организма. Уже много лет интерферон – альфа (ИФН), а позднее с успехом заменивший его пегилированный интерферон-альфа (PegIFN- $\alpha$ ), является основой терапии хронического гепатита С. Терапия на основе интерферона смягчает гистологические признаки воспаления и уменьшает прогрессирование фиброза при хроническом гепатите С, а также снижает частоту развития гепатоцеллюлярной карциномы.

В нашем лечебном учреждении, на диспансерном наблюдении с ХВГС состоит 602 человека, из них прошедших противовирусную терапию 97 человек с 2008 по 2014 г.г.)

Таблица 1

### **Результаты противовирусной терапии ХВГС**

ХВГС	Прошедшие ПВТ			Вирусологический ответ, %					
	Всего - 97 чел.	Интерферон альфа + рибавирин, недель	пегинтерферон альфа2b + рибавирин, недель	БВО (быстрый)	РВО (ранний)	УВО (устойчивый)	СВО (стойкий)	Нет ответа на ПВТ	Рецидив заболевания
2	9	24		89	6	95	95	5	0
3a	47	24		82	8	90	90	4	6
1a	17		48	41	24	65	36	18	46
1b	24		48	42	27	69	38	12	56

Монотерапия интерфероном альфа и пегинтерфероном альфа2b приводила к быстрому и устойчивому вирусологическому ответу (БВО) у пациентов с хроническим гепатитом С, 2 и 3 генотипами и стойкому вирусологическому ответу (СВО), однако стойкий вирусологический ответ был в два раза ниже, в отношении лиц инфицированных генотипом 1a или 1b, а так же 2 раза чаще рецидив заболевания.

Недавнее исследование Ассоциации врачей по изучению заболеваний печени доказали, что генетические варианты, связанные с функциями определенных цитокинов, влияют на индивидуальные особенности иммунного ответа на данную инфекцию. IL28B представляет собой интерферон- $\lambda$ -3 и является лигандом цитокинового рецептора II класса. Эти лиганды запускают JAK/STAT сигнальный каскад, активируя синтез 2',5'-олигоденилат-синтетазы, который активирует эндо-нуклеазу. Эндонуклеаза, в свою очередь, участвует в процессах стимуляции образования фермента протеинкиназы, который блокирует синтез вирусных белков. Генетические варианты, связанные с функциями определенных цитокинов, влияют на индивидуальные особенности иммунного ответа на данную инфекцию. IL28B представляет собой интерферон- $\lambda$ -3 и является лигандом цитокинового рецептора II класса. Эти лиганды запускают JAK/STAT сигнальный каскад, активируя синтез 2',5'-олигоденилат-синтетазы, который активирует эндо-нуклеазу. Эндонуклеаза, в свою очередь, участвует в процессах стимуляции образования фермента протеинкиназы, который блокирует синтез вирусных белков и наибольшее значение полиморфизм IL28B имеет при инфицировании 1 субтипом HCV.

Пациенты, нашего лечебного учреждения, с 1 генотипом в прошлом получившие противовирусную терапию, не были обследованы на Интерлейкин 28 бета - IL28B.

Таким образом, мы пришли к выводу, что стандартная комбинированная терапия пегилированным интерфероном-альфа и рибавирином, используемая в течение многих лет, не имеет прямого влияния на вирус, а усиливает иммунный ответ хозяина. Именно поэтому причины неудач в лечении, рецидивы заболевания, «нулевой ответ» - коренятся не в резистентности вируса к комбинированной терапии как таковой и не в неспецифическом действии препаратов на вирус, а скорее в генетических факторах, присущих организму хозяина - полиморфизме гена, кодирующего интерферон I3 (IL-28B), особенности строения которого коррелируют с частотой СВО. Непосредственно факторы, присущие вирусу, обуславливающие его резистентность к специфическим препаратам и влияющие на исход терапии. Поэтому перед тем, как приступать к началу противовирусной терапии необходимо пройти дополнительное обследование на Интерлейкин 28 бета - IL28B- его следует определять у всех пациентов до начала терапии для определения оптимальной длительности лечения и вероятности ответа на него.

## **АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ**

*Балашова Л.В.*

Современную стоматологию невозможно представить без адгезивных систем.

Адгезивная система - набор жидкостей, включающий в разных комбинациях протравливающий компонент, праймер и бонд, применяемые в строгой последовательности.

Дентальные адгезивные системы были созданы для того, чтобы обеспечивать оптимальное соединение композитных пломбировочных материалов с эмалью и дентином. Адгезия (от лат. adhaesio)-прилипание.

**Типичными представителями** адгезивных систем и их компонентов являются следующие:

**Этч-райт** (Etch-Rite, Pulpdent). Протравочный гель для дентина, эмали. Содержит фосфорную кислоту (38%), аморфный силикагель.

**Гель этчент** (Gel Etchant). Протравочный агент, содержит фосфорную кислоту (37,5%).

**Прайм Бонд NT** (Prime Bond NT). Универсальная (для эмали и дентина) однокомпонентная (праймер и адгезив вместе в одном флаконе) светоотверждаемая адгезивная система. Содержит нанонаполнитель, обеспечивающий повышенную прочность и улучшенную краевую адаптацию. При дополнительном смешивании с химическим активатором полимеризации (Self-Cure Activator) получается адгезивная система двойного отверждения (используется для областей, малодоступных для света). Преимущество этой системы - наличие в ее составе комбинации 3-х эластомеров (полимеров, способных к большим обратимым деформациям). Это позволяет слою адгезива растягиваться при деформациях пломбы (реставрации) под повторяющейся жевательной нагрузкой и препятствует разгерметизации соединения композита и зубных тканей.

**Оптибонд Соло** (Optibond Solo). Универсальная однокомпонентная светоотверждаемая система, в качестве компонента наполнителя (25%) используется бариевое стекло.

Указанные адгезивные системы обеспечивают высокую силу адгезии композитов и компомеров не только к зубным тканям, но и к металлам и керамике.

Работы по применению адгезивных методов при реставрации ведутся уже пятьдесят лет. Этим вопросом занимались M.G.Buonocore, T.Fusoyama, Y.Kanca, J. Suyizaki, A. Gwinett и др.

Мы попытались проанализировать, что влияет на долговечность реставрации. После наблюдений в течение года результатов лечения у 1200 больных, пришли к таким выводам:

1) если время травления увеличивалось (в норме 20 сек), сила прикрепления композита к твердым тканям зуба снижалась (67 % случаев).

2) при пересушивании дентина к этому же добавлялась и послеоперационная чувствительность зуба (27 % случаев) при качественной реставрации. Однако во всех этих случаях предъявления жалоб на

гиперчувствительность дентина носят временный характер, и болевые ощущения постепенно проходят.

3) контаминация слюны также отрицательно влияла на результат лечения (93 % случаев).

Сегодня на рынке стоматологических материалов богатый выбор адгезивов. Это говорит о том, что идеальный адгезив, обеспечивающий оптимальную скорость нанесения, высокую прочность и долговечность соединения еще не создана. Все адгезивы имеют свои преимущества и недостатки, поэтому основной задачей является подбор системы для конкретной клинической ситуации. Для простых ситуаций (небольшой размер пломбы, небольшой уровень нагрузки, невысокие эстетические требования) используются простые адгезивные системы all-in-one. В сложных случаях предпочтение отдают адгезивным системам с нанесением в несколько этапов.



Для повышения силы адгезии рекомендуется создание скоса эмали, что позволяет увеличить площадь соприкосновения композита с эмалью.

И всегда следует помнить о том, что гораздо большее значение имеет тщательное соблюдение всех рекомендаций по подготовке, обработке и нанесению материала.

## **ПРИМЕНЕНИЕ 2,5% РАСТВОРА ИРИФРИНА В ЛЕЧЕНИИ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ И МИОПИИ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ**

*Баранова В.А., Петрова А.С.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Практическая и научная значимость проблемы оздоровления и/с аметропией и патологией аккомодационного аппарата глаза связана с развитием профессиональной и социальной активности населения, требующей высокой остроты зрения. В связи с активной урбанизацией, компьютеризацией и неуклонным ростом зрительных нагрузок особую актуальность приобретают вопросы лечения детей со спазмом аккомодации и миопией. За последние несколько десятилетий разработаны и предложены различные методы профилактики и лечения спазма аккомодации с помощью упражнений и применения медикаментозных средств, направленные на повышение тонуса дезаккомодационных мышц цилиарного тела, т.е. мышцы Мюллера и Иванова.

**Цель исследования.** Изучение возможности использования синтетического симпатомиметика 2,5% раствора Ирифрина в лечении спазма аккомодации и миопии слабой степени.

## Материал и методы

Ирифрин (2,5% и 10% раствор) - синтетический симпатомиметический препарат, схожий по структуре с эпинефрином и эфедрином, обладает выраженной  $\alpha$ -адренергической активностью, активно сокращает дилататор зрачка. Для восстановления аккомодационной функции глаза используют 2,5% раствор.

Под наблюдением находилось 37 детей и подростков в возрасте 12-17 лет (71 глаз) по поводу спазма аккомодации и миопии слабой степени. Всех учащихся разделили на 3 группы: I группа (основная) - 17 пациентов (32 глаза), II группа (сопоставимая) - 10 детей (19 глаз), III группа (контрольная) - 10 (20 глаз). Данные рефракции представлены в таблице 1.

Таблица 1

Состояние рефракции у детей и подростков по группам (число глаз, %)

Группы	Эметропия		Миопия		Гиперметропия		Всего	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Первая	18	42,9	12	57,1	2	-	32	100,0
Вторая	9	47,4	9	47,4	1	5,2	19	100,0
Третья	10	50,0	9	45,0	1	5,0	20	100,0

Пациентам первой группы 2,5% раствор Ирифрина назначали ежедневно по одной капле 1 раз в день за 20 минут до сна, продолжительность курса - 1 месяц. Пациентам второй группы 2,5% раствор Ирифрина и третьей группы - 1% раствор мезатона рекомендовали закапывать через день по одной капле 1 раз в день за 20 минут до сна в течение месяца.

У всех детей и подростков была исследована острота зрения без оптической коррекции и с максимальной коррекцией, определена динамическая и статическая рефракция после двукратной инстилляцией 1% раствора мидриацила. Положительная и отрицательная части относительной аккомодации были определены у 31 ученика. Все исследования осуществлялись до и после лечения.

## Результаты исследования

Сравнительный анализ данных остроты зрения без коррекции и с коррекцией до и после лечения показал, что некорригированная исходная острота зрения во всех группах колебалась в пределах от 0,1 до 0,8, однако, средний показатель в основной группе был несколько ниже, чем в остальных (табл. 2).

Таблица 2

Острота зрения без коррекции и с коррекцией по группам до и после лечения

Группы	Острота зрения			
	До лечения		После лечения	
	Без корр.	С корр.	Без корр.	С корр.
Первая	0,45 $\pm$ 0,05	0,78 $\pm$ 0,05	0,63 $\pm$ 0,05	0,88 $\pm$ 0,08

Вторая	0,53±0,06	0,76±0,05	0,63±0,09	0,81±0,06
Третья	0,67±0,07	0,78±0,05	0,72±0,07	0,82±0,05

После лечения некорригированная острота зрения в первой группе, в среднем, повысилась на 0,18 ( $p < 0,05$ ), во второй - на 0,1 ( $p > 0,05$ ), и в третьей - 0,05 ( $p > 0,05$ ) и соответственно, составила с коррекцией 0,10; 0,05; 0,04, т.е. имелась тенденция к повышению, особенно в первой группе, как некорригированной, так и корригированной остроты зрения. Уменьшение силы корригирующего стекла составило в первой группе от 0,25 до 2,0 дптр, в среднем - 0,77 дптр; во второй - от 0,25 до 0,75 дптр, в среднем - 0,47 дптр и в третьей - от 0,25 до 0,75 дптр, в среднем - 0,56 дптр.

Проведенный анализ данных относительной аккомодации показал, что как положительная, так и отрицательная часть ее у всех детей значительно снижена по сравнению с возрастной нормой. В возрасте 11-13 лет нижняя граница положительной части относительной аккомодации, по данным Э.С. Аветисова, в среднем, равна 4,0 дптр, в 14-20 лет - 5,0 дптр, а отрицательная часть - 3,0 дптр. После инстилляций симпатомиметиков статистически достоверно повысились показатели относительной аккомодации у всех пациентов, но больше всех ее запас увеличился у учащихся первой группы (в первой группе - 1,0 дптр, второй - 0,65 дптр, третьей - 0,62 дптр), т.е. в группе детей, где 2,5% раствор Ирифрина назначался ежедневно. В то же время следует отметить, что данные относительной аккомодации ни в одной группе не достигали возрастной нормы (табл. 3).

Таблица 3

### Показатели относительной аккомодации до и после лечения

Группы	Относительная аккомодация					
	До лечения		После лечения			
	Положительная часть	Отрицательная часть	Положительная часть	Р	Отрицательная часть	Р
I основная	2,18±0,17	2,18±0,20	3,18±0,14	<0,01	2,77±0,17	<0,05
II основная	2,35±0,13	1,80±0,25	3,0±0,15	<0,01	2,65±0,26	<0,01
III Контроль- ная	2,19±0,17	2,00±0,20	2,8±0,15	<0,05	2,88±0,21	<0,01

**Вывод.** Результаты исследований свидетельствуют об эффективности 2,5% раствора Ирифрина при спазме аккомодации и слабой степени миопии. Повышая уровень показателей относительной аккомодации, ежедневная инстилляционная 2,5% раствора Ирифрина в течение 30 дней оказывала положительное воздействие на зрительные функции, способствовала улучшению кровотока в глазничной

артерии, центральной артерии сетчатки. Комплексность действия препарата, удобство при использовании позволяют рекомендовать 2,5% раствор Ирифрина для широкого применения у детей со спазмом аккомодации и миопией слабой степени.

## **К ВОПРОСУ ОБ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА И ДЕТЕЙ**

*Богданов А.К., Корноухова Е.В., Гермизин А.П., Яковлева Н.Ю.  
ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»*

На фоне проводимой большой работы по модернизации психиатрической помощи и реструктуризации психиатрической службы особого внимания требует сохраняющийся высокий уровень инвалидизации психически больных трудоспособного возраста и детей. В целом, по Российской Федерации число инвалидов по психическому заболеванию на протяжении последних лет имеет тенденцию к увеличению (на 5,2%), превысив в 2014 году миллион человек.

В г.о. Самара за период, охватывающий 2010-2014 г.г., наблюдалось лишь незначительное снижение абсолютного числа инвалидов (на 2,0%) от общего числа лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами (таблица 1, рис.1).

Таблица 1

### **Число инвалидов в г.о. Самара от общего числа лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами (в абс. показателях)**

Всего	Абсолютные величины по годам				
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
г.о. Самара,	7659	7770	7636	7583	7523
в т.ч. взрослых	7372	7458	7298	7204	7096
в т.ч. детей	287	312	338	379	427

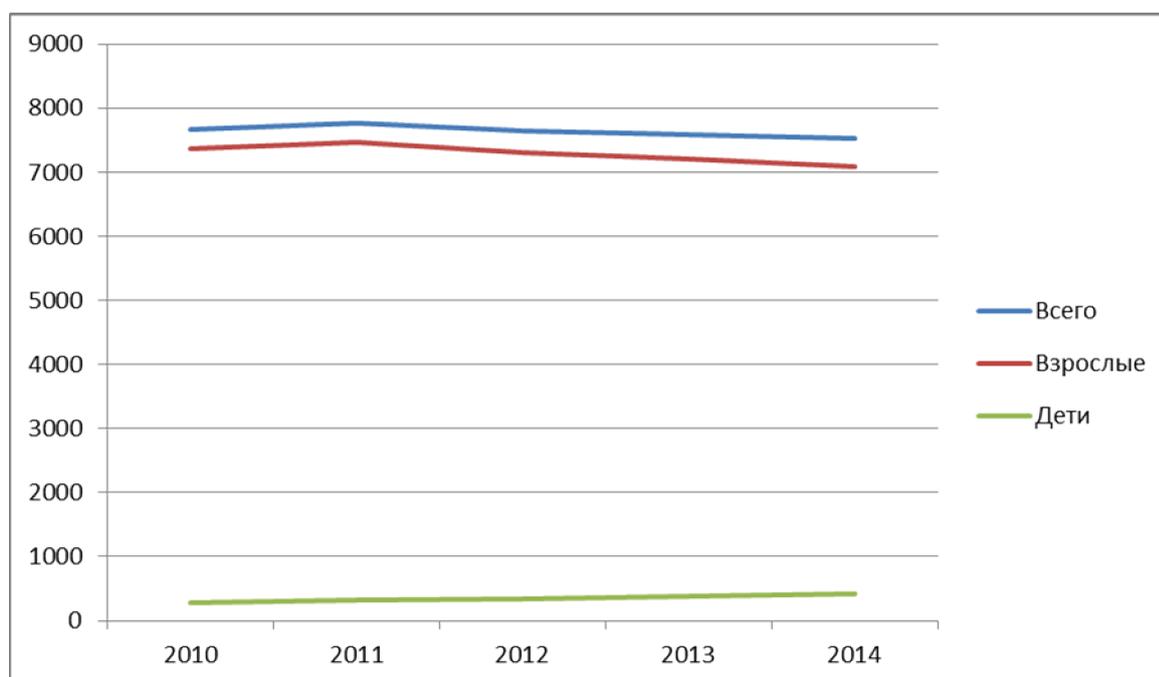


Рис. 1. Число инвалидов в г.о. Самара от общего числа лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами

Эти показатели практически полностью коррелируют с показателями распространенности психических расстройств среди населения г.о. Самара (таблица 2).

Таблица 2

**Распространенность психических расстройств среди населения г.о. Самара**

Всего	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс. число	На 100 тыс.								
г.о.Самара	32195	2840,0	32162	2837,0	30708	2708,0	28609	2442,0	27122	2313,0
в т.ч.:										
взрослых	25922	2703,0	25978	2712,3	25010	2611,3	22915	2309,8	22083	2234,2
детей	6273	3563,9	6184	3513,9	5698	3237,8	5694	3170,0	5039	2738,6

При этом, если в 2010 году инвалиды составляли 23,8% от общего числа лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами, то в 2014 году доля инвалидов выросла до 27,7%.

В то же время число лиц, впервые признанных инвалидами в связи с психическими расстройствами в г.о. Самара, имеет определенную тенденцию к снижению. В 2014 году в сравнении с 2010 годом снижение на 13% (таблица 3).

Таблица 3

**Число вновь выявленных инвалидов по психическим расстройствам**

Всего	Абсолютные величины по годам				
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
г.о. Самара,	282	277	225	230	245
в т.ч. взрослых	233	222	185	163	174
в т.ч. детей	49	55	40	67	71

Основными нозологическими группами психических расстройств в отношении инвалидизации являются больные деменцией и тяжелой умственной отсталостью, среди которых большинство больных имеет первую группу инвалидности. Наиболее инвалидизирующим заболеванием является шизофрения, что связано с изначально неблагоприятным течением заболевания.

Обращает на себя внимание рост количества инвалидов по психическим заболеваниям у детей, в том числе и первично выявленных случаев - темп роста в 1,45 раза (по Российской Федерации рост в 1,08 раза).

Наиболее основными вероятными причинами данного состояния дел являются:

- в последние годы родители данной категории детей стали чаще оформлять инвалидность детям с умственной отсталостью без поведенческих нарушений;
- в 1,8 раза увеличилось число детей с аутистическим поведением и нарушением речи;
- дети со смешанной неонатальной патологией (двигательной и умственной отсталостью) стали направляться к детским врачам-психиатрам и, как следствие, им устанавливается инвалидность по психическому заболеванию.

Если первичное определение инвалидности чаще всего сопряжено с клиническими характеристиками болезни (тяжесть, частота обострений и их продолжительность, степень выраженности принесенного болезнью личностного изъяна), то к продолжительной инвалидности в значительной мере предрасполагают не только медицинские, но и личностно-психологические и социально-средовые факторы (плохая социальная приспособляемость, отсутствие стойких трудовых навыков, малая заинтересованность предприятий в приеме на работу психически больных, низкая толерантность к ним общества, неразвитость эффективной социореабилитационной службы и ряд других факторов).

**Вывод.** Проблема инвалидизации психически больных пациентов требует более детального изучения и выработки конкретных мер по ее минимизации, в том числе активного внедрения современных антипсихотических препаратов, эффективного проведения медико-реабилитационных мероприятий.

## **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

***Боровик В.А., Шейкина М.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Гипертоническая болезнь (ГБ) заслуживает самого серьезного внимания, особенно потому, что она ведёт к сильному понижению, а иногда и к потере умственной и физической работоспособности в зрелом возрасте, когда человек может принести максимальную пользу обществу. Кроме того, гипертоническая болезнь является одной из основных помех здорового долголетия.

Значительное место в работе медицинской сестры общей практики занимает диспансерное наблюдение населения (согласно приказа МЗ №770 от 30.05.86 года «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», с изменениями, внесенными в 1996 г.).

Диспансеризация больных с гипертонической болезнью осуществляется не реже 1 раза в год. Основная цель – сохранение и укрепление здоровья населения.

Ниже приводится информация о состоянии профилактических мероприятий при ГБ.

Таблица 1

### Число диспансерных пациентов с ГБ на участке

Год	2011	2012	2013	2014	2015
Больные АГ	169	195	268	455	534
Впервые выявленные с АГ	5	7	11	21	45

В таблице 1 показана динамика роста числа диспансерных больных на участке. Из таблицы видно, что количество больных с диагнозом ГБ увеличивается, число впервые зарегистрированных с этим диагнозом заметно растет.

На самостоятельный прием приглашаются пациенты, подлежащие диспансеризации по плану. После проведения лабораторного и инструментального обследования, направляются пациенты на диспансерный осмотр к врачу. Проводится разъяснительная работа с пациентами, по профилактике обострений хронических заболеваний, контролируются выполнение рекомендаций, и назначается дата следующей явки.

Таблица 2

### Скрининговые мероприятия и манипуляции

Мероприятия	2011	2012	2013	2014	2015
Запись электрокардиограммы	80	207	235	311	528
Измерение артериального давления	154	304	406	528	792

Из таблицы 2 видно увеличение объема работы медицинской сестры с больными ГБ. На самостоятельном приеме измеряется каждому артериальное давление, вносятся параметры в электронную амбулаторную карту с отметкой о максимальном и минимальном давлении.

Гипертоническую болезнь, как и любое хроническое прогрессирующее заболевание, легче предупредить, чем лечить осложнения. Поэтому научить пациентов контролировать свое состояние важнейшая задача медицинской сестры, так как это снижает затраты на госпитализацию.

Для обучения контролю своего состояния пациенты направляются на обучающие школы. Число проученных в «Школе ГБ» на участке заметно увеличивается:

- 2012 г.: проучено 20 человек;
- 2013 г.: проучено 31 человек;
- 2014 г.: проучено 42 человек;
- 2015 г.: проучено 50 человек.

Одним из этапов работы с больными является динамическое наблюдение пациентов после вызова скорой помощи. Контролируется кратность и дозы лекарственных препаратов.

Таблица 3

**Анализ вызовов скорой помощи и госпитализаций с ГБ**

	2014	2015
Вызовы скорой помощи с ГБ	56	44
Госпитализация с ГБ	10	10

В таблице 3 прослеживается тенденция по снижению на участке вызовов скорой помощи с ГБ, хотя госпитализация на участке остается на прежнем уровне. Это говорит о правильном подходе врача и медицинской сестры к мониторингу состояния пациентов с ГБ на участке.

При проведении дополнительной диспансеризации определенных групп населения за 2015 год на участке было выявлено 33 человека с факторами риска развития ГБ из 380 подлежащих диспансеризации, у них же отмечены такие факторы риска, как низкая физическая активность и нерациональное питание.

Человеку, у которого возможно развитие артериальной гипертонии, в качестве профилактики необходимо пересмотреть привычный уклад своей жизни и внести в него необходимые поправки. Это касается увеличения физической нагрузки, которая при этом не должна быть чрезмерной. Особенно хороши регулярные занятия на свежем воздухе, особенно те, которые помимо нервной системы укрепляют еще и сердечную мышцу: это бег, ходьба, плавание, лыжи. Питание должно быть полноценным и разнообразным, включать в себя как овощи и фрукты, так и крупы, мясо нежирных сортов, рыбу. Большие количества поваренной соли не полезны никому, а для людей с возможностью развития гипертонии это воистину «белая смерть». Не стоит также увлекаться алкогольными напитками и табачными изделиями.

Таким образом, должная профессиональная подготовка медицинской сестры позволяет взять на себя определенный объем лечебно-диагностического процесса при гипертонической болезни, ее профилактики и контроля состояния пациентов.

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО  
МОНОНУКЛЕОЗА**

*Васильева Д.П., Силаева И.А.*

*Россия, г. Самара, ГБУЗ СО «СГКП №15»,*

Инфекционный мононуклеоз является актуальной проблемой инфекционной патологии, связанной с ростом заболеваемости, преимущественно у детей, полиэтиологичностью, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, полиорганностью поражений, возможностью формирования хронического течения и иммунодефицитного состояния.

Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова, ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный и др.) - это острое вирусное заболевание, вызываемое вирусом герпеса человека 4 типа (ВГЧ-4), открытым в 1964 году М.А. Эпштейном и И. Барр, и названным в честь учёных - ВЭБ.

ВЭБ поражает эпителий верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта, в-лимфоциты. Источником является больной человек и вирусоноситель. Передаётся воздушно-капельным, контактным, половым путём, через гемотрансфузии.

Инфекционным мононуклеозом болеют люди разного возраста, но 80 %- это дети и молодые люди в возрасте 15-30 лет. Инкубационный период составляет 7-21 день. Период болезни до 2 месяцев, изредка до 2 -х лет.

Предлагаем к рассмотрению историю болезни пациента 15 лет.

Заболевание началось остро с высокой температуры и озноба. Жалобы на недомогание, головокружение, мышечные боли, боль в горле. Предварительный диагноз: «Грипп».

После исследования крови, пациент с диагнозом острый лейкоз направлен в клиники СамГМУ.

При поступлении температура 38,4 °С, катаральные явления в зеве, увеличение лимфатических узлов (шейные, затылочные, подчелюстные, паховые) до размеров фасоли, умеренно болезненные, плотные, не спаяны между собой.

Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная, безболезненная. Печень пальпируется на 1,5 см ниже реберной дуги.

Стернальная пункция показала нормальную активность костного мозга с единичными лимфоцитами и моноцитарными клетками. В гемограмме изменений красной крови нет. Лейкограмма: нейтропения, лимфоцитов - 71%, моноцитов - 15%, плазматических клеток - 2%. Среди лимфоцитов значительное количество плазматизированных клеток и клеток типа лимфомоноцитов, так называемых «атипичных мононуклеаров» - 18:100.

Отмечается умеренная гипербилирубинемия, повышение АЛАТ, АСАТ, ЩФ.

На основании проведенных исследований был поставлен диагноз: «Инфекционный мононуклеоз, острое течение».

Дифференциальная диагностика проводилась с такими заболеваниями, как ВИЧ, ангина, дифтерия, краснуха, псевдотуберкулёз, вирусный гепатит, острый лейкоз, лимфогранулематоз, лимфома Беркетта, цитомегаловирусная инфекция. В настоящее время частота типичной картины острого инфекционного мононуклеоза снижается, происходит увеличение персистирующей формы инфекции.

Лабораторные тесты, используемые в диагностике инфекционного мононуклеоза:

- цитологическое выявление атипичных мононуклеаров в периферической крови;
- выявление гетерофильных антител в сыворотке пациента;
- специфические иммуносерологические методы ИФА, ПЦР.

К 2016 году в КДЛ ГБУЗ СО «СГКП №15» стали доступными и проводятся гематологические, биохимические, иммуноферментный анализы крови. Уровень заболеваемости инфекционным мононуклеозом в детском и взрослом отделениях ГБУЗ СО «СГКП №15» за 2014-2015 г. г. приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Заболеваемость инфекционным мононуклеозом в ГБУЗ СО «СГКП №15» (детском и взрослом отделениях) за 2014-2015г. г.**

Год	Дети		Взрослые	
	абс. число	на 100 тыс. населения	абс. число	на 100 тыс. населения
2014	32	254,2	8	13,2
2015	23	175,1	8	13,2

Наиболее простым и информативным исследованием в диагностике инфекционного мононуклеоза является исследование периферической крови. При данном заболевании выявляется:

- СОЭ - умеренное увеличение до 20-30 мм/ч;
- количество лейкоцитов нарастает на 3 неделе с  $8-12 \cdot 10^9/\text{л}$  до  $20-25 \cdot 10^9/\text{л}$  и даже до  $80 \cdot 10^9/\text{л}$ , изредка наблюдается лейкопения;
- при отсутствии осложнений, количество эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов в пределах нормы;
- изменения в лейкограмме:
  - наличие палочкоядерных нейтрофилов  $>6\%$  в начальный период заболевания;
  - уровень лимфоцитов и моноцитов повышен (лимфоцитов  $> 40\%$ , моноцитов  $> 10\%$ ) до 80-90 % общего числа лейкоцитов;
  - 10-20 % атипичных мононуклеаров, которым характерен полиморфизм. Клетки крупные диаметром 16-30 мкм (моноцитоподобные). Цитоплазма более или менее обильная, вакуолизированная или пенящаяся, фенестрированная, агранулярная, и редко с мелкими азурофильными гранулами, более явно гипербазальной на периферии. Ядро крупное, эксцентрично расположено, круглой, овальной или подковообразной формы, представляют лобуляции, инвагинации, зубчатости или сесильные тельца. Хроматин – плотный, неравномерно распределен. Могут быть нуклеолы или ложные виды нуклеолей.

Рост численности атипичных мононуклеаров начинается на 4-5 день, max - 7-10 день.

Изменение биохимических показателей:

- активность трансаминаз АЛАТ и АСАТ повышаются в 2-3 раза;
- повышается щелочная фосфатаза;
- увеличивается уровень билирубина.

Иммуноферментный анализ позволяет с высокой точностью выявлять маркеры болезни и сроки заболевания. Наиболее значимы для диагностики ВЭБ-инфекции имеет определение антител методом ИФА:

- IgM и IgG к раннему антигену (EA),
- IgM к ядерному антигену (EBNA),

- IgM и IgG к капсидному антигену (VCA).

В нашей лаборатории определяются антигены EA и EBNA в качестве первичного скрининга, что облегчает лечащим врачам диагностику инфекционного мононуклеоза.

За 2015 год проведено 96 обследований, из них:

- не обнаружено ВЭБ-инфекции – 40;
- выявленные – 2 (EA+, EBNA+);
- переболевшие – 54 (EA-, EBNA +).

Как трактовать результаты комплексного серологического тестирования при ВЭБ- инфекции приведено в таблице 2.

Таблица 2

**Интерпретация результатов комплексного серологического тестирования при ВЭБ- инфекции**

<b>Фаза инфекции</b>	<b>Анти-VCA IgM</b>	<b>Анти-VCA IgG</b>	<b>Низко-авидные VCA -IgG</b>	<b>Анти-EA-IgG</b>	<b>Анти-EBNA-1-IgG</b>
Инкубационный период или отсутствие инфицирования	-	-	Не определяются	-	-
Очень ранняя первичная инфекция	+	-	Не определяются	-	-
Ранняя первичная инфекция	+	+	+	+	-
Поздняя первичная инфекция	±	+	±	+	±
Атипичная первичная инфекция	-	+	±	+	±
Реактивация	+	+	-	+	+
Ранняя паст-инфекция	-	+	±	+	+
Поздняя паст-инфекция	-	+	-	-	+
Поздняя паст-инфекция, иммуносупрессия	-	+	-	-	-
Хроническая инфекция	±	+	-	+	±
Атипичная реактивация	-	+	-	+	+

Таким образом, в нашей КДЛ есть все методики, необходимые для постановки диагноза «инфекционный мононуклеоз» в полном объеме, о чем необходимо помнить врачам общей практики детского и взрослого отделений ГБУЗ СО «СГКП №15» г.о. Самара.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТОМ «МЕЛБЕК» В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

*Вохмянин Д.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Вертеброгенные болевые синдромы являются одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, в особенности у больных моложе 45 лет. Большинство пациентов могут получать помощь в амбулаторных условиях.

Ведущей причиной острого вертеброгенного болевого синдрома является остеохондроз. Источниками болевой импульсации могут быть не только измененные межпозвонковые диски, но и связки позвоночника, надкостничная ткань суставов и периартикулярные ткани, спазмированные мышцы, окружающие пораженный позвоночный двигательный сегмент.

Основными задачами лечения больного с острым вертеброгенным болевым синдромом являются максимально полное купирование болей и обеспечение условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий.

Наиболее распространенным методом лечения пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами является применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), эффективность которых подтверждена многочисленными клиническими исследованиями. В основе фармакологического действия препаратов этой группы лежит способность ингибировать активность циклооксигеназы (ЦОГ) – ключевого фермента метаболизма арахидоновой кислоты – предшественника простагландинов. Уменьшение синтеза простагландинов сопровождается угнетением образования медиаторов отека и воспаления, снижением чувствительности нервных структур к брадикинину, гистамину, оксиду азота, образующимся в тканях при воспалении. Вместе с тем обезболивающий эффект НПВП может быть обусловлен не только торможением активности ЦОГ, но и другими механизмами.

Мелбек – нестероидный противовоспалительный препарат производства компании «Нобель», обладает противовоспалительным, жаропонижающим, анальгетическим действием. Селективно ингибирует ферментативную активность ЦОГ–2. Подавляет синтез простагландинов в области воспаления в большей степени, чем в слизистой оболочке желудка или почках. Реже вызывает эрозивно–язвенные поражения желудочно–кишечного тракта.

При лечении больных с вертеброгенными болевыми синдромами широко используются и препараты, улучшающие микроциркуляцию, способствующие нормализации метаболизма нервной ткани, в частности витамины группы В. Хорошо известно, что данные витамины являются нейротропными и существенным образом влияют на процессы в нервной системе (на обмен веществ, метаболизм медиаторов, передачу возбуждения).

В клинической практике витамины группы В применяются очень широко. Парентеральное использование комбинации тиамина, пиридоксина и цианокобаламина хорошо купирует боль, нормализует рефлекторные реакции, устраняет нарушения чувствительности. Во многих работах подчеркивается, что как комбинация, так и раздельное применение витаминов В1, В6 и В12 обладают анальгезирующим эффектом. Есть указания на то, что витамины группы В усиливают анальгезию при одновременном их применении с НПВП при острых болях в спине, что может сократить сроки лечения и уменьшить дозировки НПВП, снизив, таким образом, риск побочных явлений.

Главными особенностями современных методов лечения вертеброгенных болевых синдромов являются отказ от строгой иммобилизации больных и переход к быстрой активизации с помощью лечебной физкультуры. При этом одним из условий успешной терапии является купирование болевого синдрома, начиная с первого дня острого периода.

Проведен анализ эффективности, в амбулаторной практике, комплексного лечения вертеброгенных болевых синдромов препаратом Мелбек в условиях ГБУЗ СО СГКП №15

Под наблюдением находились 32 больных, возраст которых составил 33-51 год, из них мужчин – 13, женщин – 19.

Всем больным проводились общее неврологическое обследование, рентгенологическое исследование пораженного отдела позвоночника. Так же все пациенты консультированы невропатологом.

При исследовании наиболее часто встречались болевые рефлекторные синдромы поясничного уровня (люмбалгия, люмбоишиалгия) – у 16 пациентов; болевые синдромы шейно–воротниковой области (цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия) – у 17 чел, заднебоковой поверхности грудной клетки (торакалгия) – у 4 чел, области крупных суставов (плечелопаточный периартроз) – у 5 чел.

Хроническое течение заболевания отмечалось у 7 пациентов, острое – у 25. Признаки поражения периферической нервной системы (вертеброгенная радикулопатия) обнаружены у 3 пациентов. Среди них чаще всего выявлялись вертеброгенные поражения корешков С6, С7, L5 и S1. У всех больных рентгенологически выявлен остеохондроз шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника I, II, ст.

Сопутствующие заболевания наблюдались у 21 пациента, гипертоническая болезнь 10 чел, хронический холецистопанкреатит 4 чел, хронический гастрит 7 человек.

Минимальный курс лечения каждого пациента с вертеброгенными болевыми синдромами составлял 10 дней, назначались препараты Мелбек в дозе 1,5 мл/сут. на 5 дней и Комбилипен в дозе 2,0 мл/сут. на 10 дней.

После окончания 10 дневной терапии отмечено значительное улучшение состояния у 21 пациента, заметное улучшение – у 10, незначительно улучшение – у 1 больного. Препарат переносился хорошо, побочных явлений выявлено не было.

«Мелбек» – нестероидный противовоспалительный препарат ЦОГ-2, оказывает выраженное обезболивающее действие и может быть с успехом использован для раннего эффективного купирования выраженных болевых синдромов, позволяя уменьшить количество дней на больничном листе.

Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность комбинации Мелбек 1,5 мл и Комбилипен 2,0 мл в терапии острых болей в спине.

Выраженный положительный эффект комбинированной терапии отмечается уже в первый день лечения, что важно учитывать при необходимости срочного купирования болевого синдрома в амбулаторной практике.

## ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА

*Гагроева И.В., Фатенков О.В., Симерзин В.В. Константинов Д.Ю.,  
Поляков В.П., Рубаненко О.А., Кириченко Н.А.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

**Актуальность:** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран мира, большинства стран с переходной экономикой и становятся проблемой для развивающихся стран. Российские показатели смертности от ССЗ значительно выше таковых в других экономически развитых европейских странах (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2007).

В соответствии с рекомендациями экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2007) у всех обратившихся к врачу пациентов, следует проводить стратификацию риска (Кухарчук В.В., 2007). У здоровых лиц с традиционными факторами риска по таблице SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) или компьютерным программам определяется суммарный, индивидуальный риск смерти в ближайшие 10 лет от сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ). Из традиционных факторов риска учитывают возраст, пол, статус курения, артериальная гипертензия и уровень ОХС. В то же время у больных с манифестными формами ИБС и ассоциированных с ними заболеваниями по критериям экспертов ВНОК (2007) определяется категория риска. Такое разграничение пациентов по категориям риска – необходимый элемент для определения тактики последующей липидкорректирующей терапии и целевых значений липидов и липопротеидов (ЛП) (Шальнова, С.А., Деев А.Д., 2006). Данные доказательной медицины обосновали необходимость первичной и вторичной профилактики атеросклероза у лиц пожилого возраста, для предупреждения развития и прогрессирования заболевания, его клинических проявлений и осложнений (Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Головчиц Е.В., 2005).

**Цель исследования:** Оценить эффективность дифференцированной липидкорректирующей фармакотерапии на показатели липидемического профиля у пациентов пожилого возраста очень высокого риска.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 117 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет, без клинических проявлений ИБС. В связи с наличием традиционных факторов риска по таблице SCORE, 10-летний риск смерти от ССЗ у них был >10%, т.е. очень высокий. Характеристика 117 пациентов по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1

### Распределение по полу и возрасту 117 лиц пожилого возраста, без клинических проявлений ИБС в возрасте от 60 до 75 лет

П о л	Возраст в годах			Итого	
	60-64	65-69	70-75	Абс.	%

Мужчины	38	45	18	101	86,3%
Женщины	7	4	5	16	13,7%
Всего	45	49	23	117	100%

Все 117 пациентов по критериям экспертов ВНОК (2007) по исходному уровню ХС ЛНП были разграничены на три подгруппы (Кухарчук В.В., 2007). В 1-ю подгруппу включено 38 пациентов (32,5%) с высоким уровнем ХС ЛНП > 4 ммоль/л. Во 2-ю подгруппу вошли 37 пациентов (31,6%) с умеренным уровнем ХС ЛНП - 3,0-3,9 ммоль/л. В 3-ю подгруппу включено 42 пациента (35,9%) с оптимальным уровнем ХС ЛНП < 3 ммоль/л.

У 38 пациентов 1-й подгруппы уровень ХС ЛНП составлял  $4,48 \pm 0,32$  ммоль/л. Для достижения его целевого уровня  $\leq 2,0$  ммоль/л (Кухарчук В.В., 2007) необходимо было снизить исходную концентрацию ХС ЛНП с 4,48 ммоль/л до  $\leq 2,0$  ммоль/л, т.е. на 2,48 ммоль/л (или на 55,3%). Поэтому пациентам был назначен розувастатин 10 мг/сут.

У 37 пациентов 2-й подгруппы уровень ХС ЛНП был  $3,53 \pm 0,34$  ммоль/л. Для достижения его целевого уровня  $\leq 2,0$  ммоль/л необходимо было снизить исходную концентрацию ХС ЛНП с 3,53 ммоль/л до  $\leq 2,0$  ммоль/л, т.е. на 1,53 ммоль/л (или на 43,3%). Поэтому пациентам был назначен аторвастатин 20 мг/сут.

У 42 пациентов 3-й подгруппы уровень ХС ЛНП составлял  $2,68 \pm 0,24$  ммоль/л. Для достижения его целевого уровня  $\leq 2,0$  ммоль/л необходимо было снизить исходную концентрацию ХС ЛНП с 2,68 ммоль/л до  $\leq 2,0$  ммоль/л, т.е. на 0,68 ммоль/л (на 29,1%). Поэтому пациентам был назначен симвастатин 40 мг/сут.

**Результаты исследования.** Динамика показателей липидемического профиля у пациентов, исходно и через 3 месяца, представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Динамика показателей липидемического профиля у 117 лиц пожилого возраста без клинических проявлений ИБС трех подгрупп с различным уровнем ХС ЛНП, исходно и через 3 месяца**

Показатели, ммоль/л	Концентрация, исходно					
	1-я подгруппа (38) Розувастатин 10 мг/сут		2-я подгруппа (37) Аторвастатин 20 мг/сут		3-я подгруппа (42) Симвастатин 40 мг/сут	
	Исходно	Через 3 мес	Исходно	Через 3 мес	Исходно	Через 3 мес
ОХС,	$6,79 \pm 0,32$	$4,99 \pm 0,45^{***}$	$5,49 \pm 0,37$	$3,94 \pm 0,42^{***}$	$4,43 \pm 0,32$	$3,03 \pm 0,39^{***}$
ТГ	$2,57 \pm 0,21$	$1,95 \pm 0,38$	$2,41 \pm 0,38$	$1,23 \pm 0,39^*$	$2,46 \pm 0,09$	$2,22 \pm 0,08^*$
ХС ЛНП	$4,48 \pm 0,22$	$2,87 \pm 0,46^*$	$3,53 \pm 0,34$	$2,48 \pm 0,35^*$	$2,68 \pm 0,14$	$1,98 \pm 0,23^{***}$
ХС ЛВП (м)	$0,99 \pm 0,02$	$1,07 \pm 0,03^*$	$1,04 \pm 0,02$	$1,09 \pm 0,01^*$	$1,04 \pm 0,01$	$1,09 \pm 0,02^*$
ХС ЛВП (ж)	$1,08 \pm 0,02$	$1,15 \pm 0,02^{**}$	$1,07 \pm 0,02$	$1,14 \pm 0,02^{**}$	$1,12 \pm 0,01$	$1,15 \pm 0,01^*$
ИА	$6,8 \pm 0,5$	$4,9 \pm 0,3^{***}$	$5,6 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,4^{****}$	$4,7 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,3^{****}$

Примечание: \*P<0,05; \*\*P<0,02; \*\*\*P<0,01; \*\*\*\*P<0,001 – достоверность различия через 3 мес по сравнению с исходными данными.

У наблюдаемых пациентов под влиянием фармакотерапии статинами отмечена оптимизация показателей липидемического профиля (ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, КА). При этом, несмотря на их однонаправленные позитивные изменения под влиянием розувастатина, аторвастатина и симвастатина при их отдельной количественной оценке выявлены существенные различия (Sidney C.S., Jerilyn A., Steven N.B., 2006; Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K., et al., 2007). Так розувастатин вызывал более выраженные сдвиги уровня всех показателей липидемического профиля (ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, КА). Аторвастатин, хотя и существенно уступал по эффективности действия на ХС ЛНП, ХС ЛВП, но вызывал их значительные изменения. Симвастатин проявил благоприятное влияние на показатели липидемического профиля, тем не менее, значительно уступил розувастатину и аторвастатину. Если за критерий оценки относительной эффективности изучаемых статинов принять снижение уровня ХС ЛНП на фоне приема розувастатин 10 мг/сут за единицу (1,0), то относительные значения эффективности аторвастатина 20 мг/сут составят – 0,65, а симвастатина 40 мг/сут, соответственно, всего лишь - 0,43.

Если же за единицу измерения эффективности статинов взять 1% снижение уровня липидов или уменьшение их уровня на 1 ммоль/л, в частности: ОХС, ХС ЛНП, ТГ, ИА и повышение содержания ХС ЛВП, то наиболее экономичными будут самые сильные статины. Это обусловлено тем, что при сопоставимой стоимости одной единицы веса оригинальных препаратов наиболее сильного препарата потребуется значительно меньше, чем всем ступающим ему препаратам. Поэтому если за единицу оценки экономической эффективности различных статинов принять их суммарный результат влияния на значения липидемического профиля то по критерию «затраты-эффективность» по мере убывания клинического эффекта и соответственно рентабельности лечения статины расположатся в следующей последовательности: розувастатин, аторвастатин и симвастатин.

**Заключение:** У 117 лиц пожилого возраста очень высокой степени риска без клинических проявлений ИБС для коррекции дислипидемий выбор статинов должен основываться на комплексной оценке: категории риска пациентов; исходного уровня ХС ЛНП, степени его снижения для достижения целевого уровня и; данных доказательной медицины по эффективности статинов. Пациентам с высоким уровнем ХС ЛНП показан розувастатин 10 мг/сут, с умеренно повышенным – аторвастатин 20 мг/сут и оптимальным – симвастатин 40 мг/сут. Если принять снижение уровня ХС ЛНП на фоне приема розувастатин 10 мг/сут за единицу (1,0), то относительные значения эффективности аторвастатина 20 мг/сут составило – 0,65, а симвастатина 40 мг/сут, соответственно, всего лишь - 0,43.

#### Литература

1. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваск. тер. и проф. – 2007. – Т. 6, № 8. – С. 7–14.

2. Кухарчук В.В. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. // Российские рекомендации III пересмотр 2007. Эксперты ВНОК. Секция атеросклероза. Москва. 2007.
3. Шальнова, С. А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваск. тер. и проф. – 2006. – № 6. – С. 58–63.
4. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Головниц Е.В. Оправдано ли достижение более низких целевых значений ХС ЛНП у больных высокого риска? // Клиническая фармакология и терапия. - 2005. - № 14 (3). – С. 20-26.
5. Sidney C.S., Jerilyn A., Steven N.B. АНА/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute // Circulation. – 2006. - № 113. – P. 2363-2372.
6. Graham, I. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) / I. Graham, D. Atar, K. Borch-Johnsen et al. // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2007. – Vol. 14 (Suppl. 2). – P. E1–E40.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

***Гагроева И.В., Фатенков О.В., Симерзин В.В., Захарова Н.О.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Старение населения – это не бремя для человечества, это наше с вами общее достижение, это результат победы над болезнями, это результат повышения уровня жизни, это наше социальное завоевание.

Кофи Аннан

Высокая численность пенсионеров, большой процент людей пожилого и старческого возраста в общей популяции населения России требуют предоставления этой категории граждан гарантий во всех сферах жизнедеятельности. Это явилось мощным стимулом быстрого развития гериатрии - науки об особенностях возникновения, течения и лечения заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Принципы ООН в отношении лиц старших возрастных групп, принятые Генеральной Ассамблеей этой организации еще в 1991 году, выражают современные взгляды на место и роль пожилых людей в обществе. Сделать полноценной жизнь лиц преклонного возраста, обеспечив им социальную независимость, достоинство, участие и необходимый уход со стороны всех членов общества, возможность реализации их внутреннего потенциала.

Значительные изменения возрастного состава российского населения в сторону его постарения оказывают отчётливое влияние на общество и требуют принятия масштабных безотлагательных комплексных мер юридического, административного, экономического, социального, медицинского и культурного характера. Практические задачи реализации проблемы долгожительства могут успешно решаться только с опорой на законодательные нормы, обязывающие

органы государственной власти строить социальную политику на основе нравственного отношения к людям пожилого возраста, признания и соблюдения их прав и законных интересов.

Основная цель гериатрической медицины – помочь сохранить функциональную активность, чувство собственного достоинства, и независимость пожилых людей. Её принципы в основном совпадают с основами внутренней медицины. В связи с различными факторами старения (генетическими, экологическими, социальными, психологическими детерминантами) трудно дать четкое определение понятия старого человека. Следует, прежде всего, дифференцированно подходить к пожилым, старым и очень старым лицам. Дело в том, что различия между пожилым и очень старым человеком могут быть намного существеннее, чем различия между пожилым человеком и человеком среднего возраста. Исходя из этого, под термином “пожилой человек” подразумевается достаточно гетерогенная и полиморфная, группа лиц, объединенная непрерывным, последовательным, поступательным, строго индивидуальным, дифференцированным и разрушительным процессом старения.

Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351. ... "разработка мер, направленных на сохранение и продление трудоспособного периода жизни пожилых людей, развитие геронтологической помощи". К решению проблемы долголетия человека требуется системный подход, основанный на понимании её значения: - в эволюционном развитии человечества, - в формировании социальных отношений, в укреплении экономики, в развитии интеллекта, морали, этики, в определении смысла жизни каждого человека.

В последнее время «общую любовь» к человеку эволюция начала концентрировать на представителях старшего возраста. Так, если в течение XX века общая численность людей на Земном Шаре увеличилась в 4 раза, то людей старше 60 лет за этот период стало в 9 раз больше и темпы увеличения их относительной и абсолютной численности сохраняются (табл.1).

Таблица 1

#### Динамика численности населения мира

Годы	Все население (млрд)	Старше 60 лет (млрд)
1960	3,1	0,2
2000	6,1	0,9
2025	8,5	2,2
2050	12	4-6

Общество обязано возвращать престарелым то, что было взято у них в трудоспособном возрасте, в котором производится намного больше, чем потребляется. Главным фактором высокой продолжительности жизни человека является создание для него условий максимального сохранения социальной и биологической активности во все возрастные периоды.

Эксперты ВОЗ отмечают, что следует запретить возрастную дискриминацию. Сохранение в экономической и социальной жизни физически и интеллектуально

здоровых пожилых людей, в первую очередь принесет пользу обществу и государству.

Существуют два стереотипных взгляда на проблему пожилых людей в обществе:

- Позитивный стереотип. В его основе лежит ценность жизненного опыта и мудрости старых людей, потребность уважения к ним и соответствующей опеки.
- Негативный стереотип. На старого человека смотрят как на ненужного, лишнего, бесполезного, «нахлебника», а его опыт расценивают как устаревший и неприменимый в настоящий момент.

### **Биомедицинские приоритеты Программы ООН по старению**

- Определение и уточнение того, что включает в себя понятие «здорового старения»;
- изучение взаимосвязей между генетическими и биологическими маркерами, средой и поведением;
- понимание механизмов, лежащих в основе старения как такового, а также заболеваний, связанных со старением, и заболеваний, которые им сопутствуют, или являются вторичными, а также механизмов инвалидизации;
- разработка стратегии профилактики и эффективного лечения различных болезней, свойственных пожилым (в частности, долгожителям) в разных географических условиях, при разной профессиональной деятельности и т.п.;
- изучение траекторий основных болезней старения на протяжении всей жизни, их эпидемиологии и значения для постарения в различных условиях;
- международные программы оценки эффективности и безопасности фармакологического вмешательства в процесс старения;
- идентификация биомаркеров старения человека;
- исследование биомедицинских, социальных и экономических факторов долголетия и последствий увеличения продолжительности жизни, включая изучение столетних жителей;
- включение пожилых людей в протоколы лечения или обслуживания, которые могут быть им полезны.

Наличие инволюционных изменений в организме престарелого пациента, требует особого, щадящего, подхода к лечебно-диагностическому и реабилитационному процессу, с необходимостью учета не столько и не только динамики симптомов, лабораторно - инструментальных показателей, сколько улучшение самочувствия, чувства удовлетворенности жизнью, комфорта.

Проблемы организации медико-социальной помощи связаны и с тем обстоятельством, что пожилые и престарелые люди, а также инвалиды нуждаются в особых медицинских подходах. Сложность в действенном оказании качественной медицинской и социальной помощи лицам пожилого и старческого возрастов заключается в том, что это население страдает множественными тяжелыми и инвалидизирующими хроническими заболеваниями.

Ресоциализация, реинтеграция в общество зависят не только от технологии лечения, но и от реабилитационного потенциала человека.

Исходя из особенностей оказания медико-социальной помощи нуждающимся лицам пожилого и старческого возраста критерии её результативности и эффективности, как и работы гериатрической службы в целом, следует рассматривать с позиции улучшения жизнедеятельности пожилого пациента, показателей когнитивных функций и физиологической потребности. Это подтверждается мнением заказчика медицинской услуги и пациентов. Такая технология организации медико-социальной помощи (достижение клинического эффекта с меньшими затратами) наиболее адекватно отвечает современным требованиям эффективности функционирования ЛПУ. В то же время критерием оценки в экспертизе качества медико-социальной помощи гериатрической службы является оценка функциональных способностей (физиологических потребностей) пожилого больного, что подтверждает мнением медицинских работников.

В литературе приводятся множественные характеристики качества медицинской помощи (КМП) лицам старших возрастных групп. А. Donobedian (1990 г.) выделяет 7 признаков КМП: законность, эффективность, действенность, продуктивность, оптимальность, преемственность, справедливость. Н. V. Vuory (1982 г.) выделял в характеристике КМП: эффективность, экономичность, адекватность, научно-технический уровень. Согласно рекомендациям ВОЗ (1991) деятельность по контролю и обеспечению КМП должна осуществляться с учетом четырех основных компонентов медицинской помощи: безопасность; оптимальность; доступность и; удовлетворенность пациентов.

Эти признаки объединяют целый ряд приведенных выше характеристик КМП. Исходя из этого, в литературе определились с терминологией об экспертизе качества медицинской помощи - надлежащего или ненадлежащего исполнения КМП, технология, риск, ресурсы, удовлетворенность. Сравнительно недавно в Российской Федерации качество медицинской помощи ассоциировалось только с качеством результата, а оценивался этот компонент лишь по всем пролеченным пациентам в ЛПУ в целом и на уровне всего населения. Экспертные оценки должны базироваться, на общепринятых стандартах, алгоритмах, понятных как звену, оказывающему медико-социальную помощь, так и звену ведомственного и вневедомственного контроля качества оказываемой медико-социальной помощи.

Концепция Российской государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения и предложений по улучшению положения пожилых людей определяет доступность медицинской помощи, повышение объемов ее оказания, профилактики преждевременного старения. При этом приоритетным остается качество оказания медико-социальной помощи, а также интенсификацию научных исследований в этой области. Для оценки этого важнейшего показателя работы медицинского учреждения необходим единый подход, как к вопросам финансирования медицинских услуг, так и обеспечения на данный момент высокого уровня качества этих услуг.

Старение является не только медицинской, но и социальной проблемой. Даже в экономически развитых странах, пока не будут найдены адекватные,

действенные и эффективные меры удовлетворения насущных нужд стареющей популяции, ее здоровье и социальная помощь улучшаться не будут. Современная концепция гериатрии при работе с лицами пожилого и старческого возраста предполагает проводить всестороннюю гериатрическую оценку наблюдаемых пациентов и, базируясь на этом, планировать стратегию и тактику медицинских, социальных, правовых мероприятий и психологической поддержки, направленных на обеспечение достойных условий жизни, оказание помощи в объеме, соответствующем правам человека.

Старым людям особенно недостает внимания, ощущения ценности и необходимости своей жизни, прежде всего ласки, тепла, от детей, внуков, родных и близких. Каждому из нас надо быть душевно щедрее к старым людям всюду, где мы с ними соприкасаемся, нужно беречь наших бабушек и дедушек, постаревших матерей и отцов, тетушек и дядюшек.

Следует позиционировать представления о том, что забота о своем здоровье – это гражданская обязанность лиц старших возрастных групп. Пожилой человек должен знать, что забота о нем, как о полноценном члене общества, должна лежать не только на плечах государства. Стар ты, или молод, необходимо максимально сместить акцент ответственности за продолжительность и качество жизни на себя, считая здравоохранение и социальные службы, лишь вспомогательным элементом в защите, поддержке и укреплении здоровья. Как подчеркивает Академик РАМН В.Н. Шабалин (2007): «Жить - это значит ткать полотно органической материи от самого начала, о котором уже никто не помнит, и до самого конца, о котором ещё никто не знает».

Компьютерные технологии позволяют: анализировать все теоретические концепции старения; создавать модели на основе экспериментальных данных кибернетических моделей старения в различных живых системах; обобщать и анализировать данные с помощью средств искусственного интеллекта (экспертные системы). Применяется математическое моделирование процессов старения и разработка вычислительных методов анализа индивидуального и популяционного старения. Для этого применяют термин «in silico» - изучение процессов «в кремнии», т.е. на компьютерных моделях.

В 1959 году Лауреат Нобелевской премии Р.Фейнман впервые высказал мысль, что возможно построение любых материальных объектов «атом за атомом». Нанотехнология – технология, основанная на возможности манипулировать отдельными атомами и молекулами с целью создания достаточно сложных объектов, структура которых может быть рассчитана с точностью до одного атома. Нанотехнологии будущего позволят корректировать процессы старения на клеточном и субклеточном уровнях. Однако! Перепроектировка генома может привести к искусственной трансформации Homo Sapiens в другой биологический вид. Природа не прощает ошибок!

В недалеком будущем одним из наиболее перспективных, многообещающих, высоко технологичных и инновационных направлений будут именно нанотехнологии. Применение нанотехнологий (разработка устройств размером порядка  $10^{-9}$  метра) для лечения, диагностики, мониторинга и контроля биологических систем называется наномедициной. Её применение сулит большие надежды на прорыв в медицине и в частности в гериатрической

практике. Наночастица – биологические миметики (функциональные углеродные нанотрубки); "Нанороботы" ("ремонт" поврежденных участков ДНК, уничтожение раковых клеток, инфекционных агентов, выключение функции эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов); Нановолокна из биоматериалов для конструирования тканей; Микрочипы для высвобождения лекарств в "клетках-мишенях"; Наносенсоры для бионанотехнологической лабораторной диагностики.

Лев Николаевич Толстой в своё время написал: «Изобретение книгопечатания было бедствием, подобным изобретению пороха, ибо оно стало самым мощным орудием распространения невежества». И это про книги! А представьте, что сказал бы классик, столкнусь он с телевидением, Интернетом и нанотехнологиями. Наверное, сравнил бы с ядерным оружием. Как ни парадоксально, но технический прогресс ведёт всё к более массовому отуплению, совершенно не заботясь о том, чтобы донести суть.

### Литература

1. Бухбудова Д.А., Кокурина Е.В., Вочкарева Е.В., Урумбаев Р.К. Диспансеризация больных ишемической болезнью сердца. Советская медицина 1986: 1:57-62.
2. Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al. Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol lowering treatments: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomized trials of statins. *Lancet* 2005; 366: 1267-78.].
3. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Lancet* 2000;356: 1955-1964.
4. Blumenthal R.S., Cohn G., Schulman S.P. Medical therapy versus coronary angioplasty in stable coronary artery disease: a critical review of the literature. *J. Amer. Coll. Cardiol.* 2000;36:668-673.
5. Grundy SM, Cleeman J 1, Merz CN, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trial for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004; 110: 227-39.
6. Herlitz J., Dellborg M., Karlson B.W. et al. Long-term mortality after myocardial infarction in relation to the prescribed dosages of a beta-blocker at hospital discharge. *Cardiovasc. Drugs Ther.* 2001; 14:589-595.
7. Hansson L., Lindholm L.H., Ekblom T. et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999; 354:1751-1756.
8. Kubler W. Treatment of cardiac diseases: evidence based or experienced based medicine? *Heart* 2000;84: 134-136.
9. Pahor M., Psaty B.M., Alderman M.H. et al. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2000; 356: 1949-1954.
10. Stelfox H.T., Chua G., O'Rourke K., Detsky A. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *N. Engl. J. Med.* 1998; 338: 101-106.\
11. Viskin S, Kitzis I, Lev E. et al. Treatment with beta-adrenergic blocking agents after myocardial infarction: from randomized trials to clinical practice. *J. Amer. Coll. Cardiol.* 1995;25: 1327-1332.
12. Wiwiot SD, Cannon PC. *Curr Opin Lipidolog* 2006, 17: 626-630.
13. Willenheimer R., Dahlof B., Gordon A. Clinical trials in cardiovascular medicine: are we looking for statistical significance or clinical relevance. *Heart* 2000;84: 129-133.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Гаглюева И.В., Фатенков О.В., Симерзин В.В., Ларина Т.А., Кунаев В.И., Яшков А.В., Горькова Н.Б., Галкина М.А., Гаглюев А.В., Маматова Л.С.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Одним из первых анализ демографической ситуации России середины XVIII века дал М.В. Ломоносов в трактате «О сохранении и размножении российского народа». В нем подчеркивалось, что именно в здоровом многочисленном народе «состоит величество и богатство всего государства, а не обширности, тщетной без обитателей». За прошедшие два века многое изменилось, но основная мысль Михаила Васильевича Ломоносова не потеряла свою актуальность. Двадцатый век привнес в развитие России не только небывалое развитие науки, техники, экономики с мировыми достижениями и выходом в космос, мощь государства, но и великие испытания. В нашей стране ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 300 миллиона человек (ВНОК, 2004).

По данным экспертов ВОЗ (1999) (World Health Report, 1999) смертность от сердечно-сосудистых заболеваний к 2020 году в целом достигнет 25 миллионов человек ежегодно, а при ИБС она превзойдет таковую от инфекционных болезней. Поэтому, к первоочередным мерам по борьбе с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью отводится вопросам первичной и вторичной профилактики.

В большинстве экономически развитых стран Европы и Америке разработаны и приняты общенациональные образовательные программы не только по артериальной гипертензии, но и холестерину. Комплекс мероприятий по первичной и вторичной профилактике ССЗ позволил добиться определенных результатов. Изменение стиля жизни, отказ от курения и введение государственных программ по профилактике атеросклероза, включая медикаменты, способствовали кардинальному изменению эпидемиологической ситуации по сердечно-сосудистым заболеваниям. Это привело к снижению на 30-50% заболеваемости и смертности от атеросклеротических заболеваний сердечно-сосудистой системы. В этих странах сердечно-сосудистые заболевания как причина смерти населения составляют 30-40 %. В России и странах СНГ эта цифра доходит 56 %. В Ульяновской области в 2005 году она достигла 61 %. Полярность этих процессов очевидна и является веским аргументом в пользу проведения первичной и вторичной профилактики атеросклероза на общегосударственном уровне. Инстинкт самосохранения и гуманитарный императив должны побуждать не только медицинское сообщество, но и государственные и муниципальные образования и властные структуры к активным действиям по борьбе с этими заболеваниями.

Однако, несмотря на столь драматическую ситуацию в России атеросклеротические сердечно-сосудистые заболеваниями до сих пор не

включены в социально значимые программы, а эту проблему очень сложно решать без поддержки государства. Известно, что атеросклероз является государственной проблемой и поэтому к её решению необходим не только сугубо медицинский, медико-социальный, но и государственный подход.

По данным ВОЗ (2002) ежегодно в мире регистрируется до 12 млн. смертей от заболеваний сердца и сосудов и в целом насчитывается до 1 млрд. больных артериальной гипертонией. С повышением артериального давления связано 69 % инсультов и 49 % коронарных событий. С повышением ОХС связано 4,4 млн. смертей в год и 7,9 % от общей смертности.

В развивающихся странах проблема здоровья населения стоит особенно остро. Из социальных факторов, изменяющих стиль жизни и предрасполагающих к массовому распространению ССЗ можно отметить урбанизацию, индустриализацию, экономическую отсталость населения. Сопутствующие этим процессам малоподвижный образ жизни, курение, неправильное питание - являются существенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, и в первую очередь - ИБС.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Эффективность мер профилактики неинфекционных заболеваний подтверждается позитивным опытом целого ряда стран, добившихся двукратного и более снижения смертности в течение 10–20 лет, главным образом, за счет эффективных и экономически в десятки раз менее затратных, нежели лечение, профилактических мер.

Эффективность мер профилактики не только сопоставима с лечебными мерами, но даже превышает их. Позитивный опыт этих стран обобщен в документах ВОЗ и рекомендован к использованию. Неотложная необходимость реализации профилактических мер в Российской Федерации обусловлена широкой распространённостью факторов риска неинфекционных заболеваний практически во всех половозрастных группах населения, а также чрезвычайно высоким уровнем смертности от неинфекционных заболеваний, в несколько раз, особенно среди лиц трудоспособного возраста, превышающих уровень смертности в странах Западной Европы и Северной Америки.

Информирование населения о факторах риска для здоровья и формирование мотивации к ведению здорового образа жизни должны осуществляться через средства массовой информации (телевидение, интернет, радио, печатные издания), наружную рекламу, произведения искусства (кино, театр, книги), учебники и учебные пособия. Особое место в этом процессе занимает социальная реклама, демонстрирующаяся в прайм–тайм на федеральных каналах телевидения. Информирование населения о факторах риска и мотивирование к ведению здорового образа жизни должны осуществляться с учетом специфики групп населения, различающихся по возрасту, полу, образованию, социальному статусу. Большое значение имеет не только пропаганда позитивного поведения, но и минимизация демонстрации на телевидении, в других средствах массовой информации, а также в произведениях искусства примеров нездорового образа жизни.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению.

Вместе с тем значительный потенциал дальнейшего повышения качества медицинской помощи будет обеспечиваться принимаемыми мерами по профилактике развития факторов риска хронических неинфекционных заболеваний за счет приверженности населения к здоровому образу жизни, раннему выявлению факторов риска главным образом неинфекционных заболеваний, а также ранней диагностике и лечению самих заболеваний.

Без преобразований в сфере культуры здорового образа жизни и профилактики заболеваний не удастся добиться кардинальных изменений показателей смертности и заболеваемости населения.

Как известно здравоохранение держится на трех китах: профилактике; высоких технологиях и современных методах лечения; и профессионализме врачей. При этом не случайно, что профилактика ИБС стоит на первом месте в снижении смертности от ССЗ и является его основной целью, а для этого требуется идентификация ее причин. Поэтому наибольшие усилия должны быть направлены на выяснение того, действительно ли факторы риска, в частности те, на которые можно влиять, вызывают ИБС.

Эксперты ВОЗ (2009) вывели формулу здоровья. «Профилактика = государство + медицина + бизнес + общественные организации + СМИ + образование + культура + физкультура». Развивая эту мысль, академик РАМН Р.Г. Оганов (2009) подчеркнул, что: «Эффективность профилактики определяется теми же закономерностями, по которым живут коммерческие предприятия: сначала нужны капиталовложения, только потом будет выгода». Как отмечают эксперты ВОЗ (2005) «Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств».

Профилактика уходит своими глубокими корнями в очень далекие времена. Пророк Моисей первым по велению бога запретил употреблять жир буйволов, овец и коз. Гиппократ ведущую роль придавал профилактике заболеваний. Как бы продолжая эту мысль Н.И. Пирогов, (1840) подчеркнул, что «Будущее принадлежит медицине предохранительной. Эта наука, идя рука об руку с государственностью, принесет несомненную пользу человечеству». И действительно профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы является общегосударственной проблемой и к её решению необходим только комплексный государственный подход.

А.Л. Мясников (1964) развитие ССЗ связывал с социальными факторами. «Профилактика атеросклероза трудна. Развитие болезни во многом зависит от социальных условий жизни, поэтому только общее их преобразование может остановить распространение атеросклероза». Как отметили академик РАМН Р.С. Карпов и профессор В.А. Дудко (1998), «Было бы глубоким заблуждением считать, что вся ответственность за практическое осуществление профилактики лежит только на работниках службы здравоохранения. Эта проблема тесно связана с благосостоянием, уровнем общеобразовательной культуры населения, его отношением к здоровью как социальной ценности. Исходя из этого, вполне

очевиден тот факт, что здоровье населения является неотъемлемой частью общегосударственной и общенациональной политики».

Эксперты ВОЗ еще в 1992 году отметили, что мероприятия по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний требуют политической воли руководства государств, усилий правительств и парламентов. Так в рекомендациях ВОЗ по профилактике ССЗ (1992), специально разработанных для национальных правительств, подчеркивается «жизненно важная роль правительств, парламентов и первых руководителей страны, руководителей здравоохранения, медицинских работников федеральных и муниципальных учреждений «на местах» в организации программ профилактики ССЗ, их финансового и правового обеспечения».

В настоящее время научно-методической предтече профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, как и других неинфекционных заболеваний, являются факторы риска. На их основе профессор С.А. Бойцов (2008), разработал концепцию сердечно-сосудистого континуума (ССК) и дал ему четкое определение. Он охарактеризовал его, как совокупность связанных между собой факторов риска, патологических процессов в сердечно-сосудистой системе (атеросклероз, артериальная гипертензия, нарушения толерантности к глюкозе и сахарный диабет) и вариантов их исходов (инфаркт миокарда, инсульт, хроническая сердечная недостаточность), развивающихся в единой патофизиологической базе (нейроэндокринная дисрегуляция, эндотелиальная дисрегуляция, ремоделирование сердца и сосудов и тромбозы). Автор подчеркнул, что ССК растягивается на многие годы, десятилетия и на всю жизнь пациентов и состоит из появления факторов риска, развития предболезни, болезни, её осложнений, включая неблагоприятный исход. На каждом этапе континуума в этот имманентный и перманентный процесс можно вмешаться и добиваться эффективного контроля модифицируемых факторов риска и развития болезней ассоциированных с атеросклерозом.

Концепция сердечно-сосудистого континуума лежит в основе профилактики ССЗ. Первопричины этих заболеваний неизвестны, однако выявлены факторы, способствующие их возникновению, развитию, прогрессированию и смертности от них. Эта концепция прочно утвердилась в здравоохранении, клинической медицине и общественном сознании и является ведущей. Убедительно показано, что изменение основных факторов риска снижает вероятность развития ИБС. Эта концепция позволяет предсказать вероятность заболевания или смерти среди популяций - популяционный риск, а также для отдельного пациента - индивидуальный риск.

Факторы риска накапливаются и аккумулируют у индивидуумов, взаимодействуют друг с другом, создают множественный эффект: наличие нескольких факторов риска у одного человека повышает риск его смерти от болезней системы кровообращения в 5-7 раз.

На опыте многих стран (Финляндия, США, Великобритания, Новая Зеландия и др.) доказано, что модификация образа жизни и снижение уровня факторов риска могут замедлить развитие болезней системы кровообращения как на доклинической, так и манифестной стадиях развития заболеваний, уже после появления клинических симптомов.

Систематический анализ показал, что за счет изменения образа жизни и характера питания можно снизить риск смерти от ишемической болезни сердца, как в популяции, так и среди больных с этим заболеванием. Так, прекращение курения снижает риск, соответственно, на 35 % и 50 %, повышение физической активности – на 25 % и 20-30 %, умеренное потребление алкоголя – на 25 % и 15 %, изменение хотя бы 2 факторов в питании – на 45 % и 15-40 %.

Другой систематический анализ показал, что лечение больных ишемической болезнью сердца и другими болезнями системы кровообращения лекарственными препаратами из группы антиагрегантов снижает риск развития осложнений у таких больных на 20-30 %, бета-блокаторами – на 20-35 %, ингибиторами АПФ – на 22-25 %, статинами – на 25-42 %. Анализ причин существенного уменьшения смертности от болезней системы кровообращения во многих странах показал, что вклад оздоровления (изменения образа жизни) и снижения уровней факторов риска в уменьшение такой смертности составляет от 44 % до 60 % .

В настоящее время в основе мероприятий по профилактики сердечно-сосудистых заболеваний лежит ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (ФЗ № 323 от 22 ноября 2011 года). В этом законе предусмотрены основные направления профилактики.

- Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья (статья 12).
- Забота о сохранении своего здоровья – обязанность граждан (статья 27).
- Профилактика ХНИЗ и формирование ЗОЖ (статья 30).
- Мероприятия по профилактике и формированию ЗОЖ – ПМСП (статья – 33).
- Диспансеризация, профилактический медицинский осмотр, диспансерное наблюдение (статья 46).
- Обеспечение проведения профилактических мероприятий, пропаганда ЗОЖ и санитарно-гигиеническое просвещение населения – обязанность всех медицинских организаций участвующих в реализации ПГГ (статья 79).

### **Выделены группы здоровья**

**I группа** - практически здоровые граждане не имеющие клинических проявлений заболеваний, у которых отсутствуют факторы риска их развития или имеются ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске

**II группа** – граждане с заболеваниями/состояниями, не требующими дополнительного обследования и диспансерного наблюдения, а также граждане с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском

**III группа** – граждане с заболеваниями, требующими диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на заболевание, требующее дополнительного обследования

### **Как определяется группа здоровья**

**1 группа** – лица с низким и умеренным риском смерти в ближайшие 10 лет (мало факторов риска, <5% по SCORE).

**2 группа** – лица с высоким и очень высоким риском смерти в ближайшие 10 лет (много факторов риска, > 5% по SCORE).

**3 группа** – лица, имеющие доказанные НИЗ или заболевания, требующие диспансерного наблюдения.

#### Литература

1. Джанашия П.Х., Назаренко В.А., Николенко С.А. Дислипидемии: клиника, диагностика, лечение. – М.: РГМУ, 2000. – 48 с.
2. Кардиология в схемах и таблицах / под ред. Фрид М., Грайнс С., пер с англ. – М.: Практика, 1996. – 733 с.
3. Константинов В.О. Лечение нарушений липидного обмена. – СПб., 2000. – 47 с.
4. Липовецкий Б.М. Клиническая липидология. – СПб.: Наука, 2000. – 119 с.
5. Терапевтический справочник Вашингтонского университета / под ред. Кэри Ч., Ли Х., Велтье К., 2-е изд., пер. с англ. – М.: Практика, 2000. – 831 с.
6. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. 2. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2001. – С. 10 – 125.
7. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285: 2486-2497.
8. Pearson T, Lauora I, Chu H, Kafonek .S. The lipid treatment assessment project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. Arch Intern Med. 2000;160:459-467.
9. What's what: a guide to acronyms for cardiovascular trials. – Molndal: Sweden, 2001. – 663 p.
10. Wilson PWF, D 'Agostino RB, Levy D, et al. Prediction of coronary heart disease risk factor categories. Circulation. 1998;97:1837-1847.
11. deLemos JA, Blazing MA, Wtviott SD, et al for the A to Z Investigators Early Intensive vs a Delayed Conservative Simvastatin Strategy in Patients With Acute Coronary Syndromes. Phase Z of the A to Z Trial. JAMA 2004;292:307-16.
12. Shepherd J, Cobbe SM, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW, Mckillop JH, Packard CJ. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. N Engl J Med 1995; 333:1301–1307.
13. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beer PA et al. for the AFCAPS/TexCAPS Research Group. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels. JAMA 1998; 279:1615–1622.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАПЕКСА

*Г.А. Галкова*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Борьба с одонтогенной инфекцией является актуальной, выходящей за пределы стоматологии, так как большинство исследователей признают наличие взаимосвязи одонтогенной инфекции с поражением ряда органов систем. Чаще всего воспалительный процесс в периодонте обусловлен поступлением инфекционно токсического содержимого корневых каналов через верхушечное отверстие. Основные принципы эффективного и щадящего лечения при

верхушечном периодонтите разработаны отечественным стоматологом Л.А. Лимбергом. Эти принципы заключаются в тщательной и осторожной механической обработке инфицированных каналов, лечении заверхушечного очага воспаления до прекращения экссудации с последующим пломбированием канала. При наличии воспалительного экссудата в канале зуб оставляют открытым под отток на 1-2 дня. Во второе посещение при благоприятном клиническом течении (безболезненная перкуссия, отсутствие экссудации) канал промывается антисептиком и заполняется временным пломбировочным материалом. Кариозная полость пломбируется временным материалом. За 2015 год в стоматологическом отделении ГБУЗ СО ГКП №15 пролечено 123 пациента с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит с использованием метапекса в качестве временной корневой пломбы. Материал использовался в любой возрастной группе.

Метапекс – нетвердеющая паста, представляющая комбинацию гидроксида кальция и йодоформа гидроксид кальция обеспечивает остеотропный эффект, а йодоформ – длительное антисептическое действие. Антисептическое и бактерицидное свойство метапексу придается благодаря высокому значению Рн (12.5), которое не опускается ниже 12.0 в очаге воспаления даже через 9 дней после первичного введения.

Материал легко вступает в прямой контакт с 99% микрофлоры, находящейся в очаге воспаления, которая при этом начинает погибать уже через 6 минут. Уже через 48 часов очаг воспаления становится практически стерильным.

При анализе проведенного лечения у пациентов по нашим наблюдениям полное рассасывание препарата и одновременное восстановление костного рисунка происходит через 2-3 месяца после заполнения канала метапексом с выводом за верхушку. В анализируемой группе трое пациентов обратились через 6 месяцев для пломбирования канала постоянными материалами, два пациента через 3 месяца, три пациента через 2 месяца.

Перед пломбированием канала постоянными пломбировочными материалами проводился очередной контрольный рентгеновский снимок для определения степени рассасывания препарата, оценивались предпосылки к остеогенезу в зоне костной деструкции.

Мы использовали метапекс, как временный материал. После восстановления костного рисунка метапекс из канала удалялся, проводилось пломбирование канала гуттаперчевыми штифтами.

С появлением в практической стоматологии различных временных и постоянных пломбировочных материалов для эндодонтии расширились показания для консервативного лечения зубов с явлениями резорбции костной ткани в периапекальной области.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИБС**

*Горькова Н.Б., Имашев Б.М., Андреева Н.А.*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека, занимает одно из лидирующих мест по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и четвертое среди причин смерти.

Цель: Изучить клинико-функциональные особенности ХОБЛ в сочетании с ИБС, механизмы их взаимоотношения для оптимизации диагностики, прогнозирования течения и лечения больных с данной коморбидной патологией.

Задачи:

1. Рассмотреть влияние факторов риска у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца.
2. Изучить особенности сократительной функции миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, ишемической болезнью сердца.
3. Сравнить показатели липидного спектра у пациентов с сочетанной патологией ХОБЛ и ИБС.
4. Проанализировать влияние лечения ХОБЛ на течение ИБС.

Работа проводилась на основании ретроспективного анализа историй болезни 50 пациентов с ХОБЛ (35 мужчин и 15 женщин). Средний возраст 61 год.

Критерии включения: наличие ХОБЛ II-IV стадий (по GOLD), ИБС, стенокардией напряжения II, III функциональных классов, сочетание ХОБЛ II-IV стадий, стенокардией напряжения II, III функциональных классов  
Критерии исключения: наличие декомпенсированного хронического легочного сердца, персистирующих нарушений ритма (фибрилляции предсердий, трепетания предсердий), пневмонии, нестабильной стенокардии, острого и перенесенного инфаркта миокарда, ХСН<sub>IIA</sub>, H<sub>IIb</sub> и H<sub>III</sub> стадий)

Социально-профессиональный статус респондентов имеет большое значение как возможная причина развития ХОБЛ, а также как препятствие для возвращения их к привычному труду. Среди опрошенных были квалифицированные рабочие (3 разряд и выше) – 26,6%; служащие (госслужащие, инженерно-технический персонал, учителя, врачи) – 23,3%; люди пенсионного возраста – 56,6% и безработные – 2,3%

Поскольку курение и многие профессиональные вредности оказывают серьезное влияние на возникновение ХОБЛ, этот вопрос исследовался детально. В процессе чего выяснилось, что у 100,0% курящих респондентов диагноз ХОБЛ выставлялся после продолжительного периода употребления табака, индекс курящего человека при этом составил 41,25 пачка/лет. Среди курящих респондентов 71,4% составили мужчины и 28,6% - женщины. После установления диагноза ХОБЛ только 33,4% больных смогли отказаться от курения, 66,6% продолжают курить. Среди продолжающих курить 24,6% женщин и 38,0% мужчин, что свидетельствует о более частом отказе от курения лиц мужского пола.

У всех пациентов при поступлении в стационар диагностировали дыхательную недостаточность, преимущественно II степени (35 чел, 70%). У 48 пациентов (96%) в анамнезе имелась артериальная гипертензия.

Обращает внимание достоверное снижение уровня гемоглобина без существенного изменения количества эритроцитов периферической крови, что косвенно может свидетельствовать об улучшении реологических свойств крови за счет коррекции газообмена в легких на фоне бронхолитической терапии.

У всех пациентов с сочетанием ХОБЛ в сочетании с ИБС была характерна диастолическая дисфункция, причем псевдонормальный тип диастолической дисфункции ПЖ и ЛЖ был обнаружен соответственно у 21 чел (42%) и у 24 чел (48%).

На фоне терапии у пациентов ХОБЛ, сочетанной с ИБС, наблюдается уменьшение патологических изменений на ЭКГ - купирование тахикардии у 40 чел (80%) и экстрасистолии на фоне снижения бронхообструктивного синдрома и дыхательной недостаточности.

Показатели липидного обмена в группе пациентов с сочетанной патологией в периоде обострения ХОБЛ свидетельствовали о повышенных уровнях общего холестерина, триглицеридов крови и снижении ЛПВП.

#### **Выводы.**

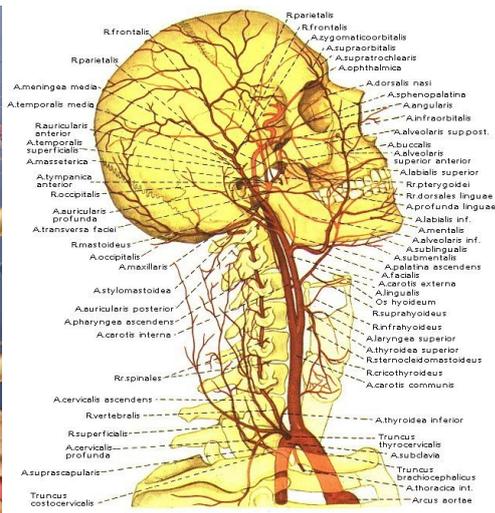
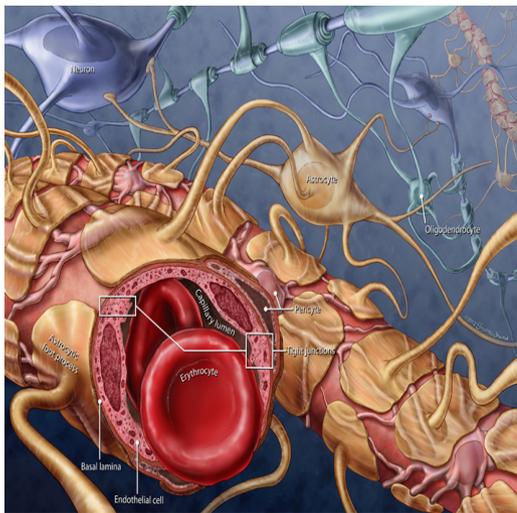
1. Ведущим фактором риска у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца выявлено курение. Все пациенты с ХОБЛ имели длительный стаж курения (средний индекс курения составил 41,25 пачка/лет).
2. У всех пациентов ХОБЛ с сочетанием ИБС установлена диастолическая дисфункция желудочков.
3. У всех пациентов с сочетанной патологией имелись нарушения липидного обмена.
4. Лечение бронхообструктивного синдрома и дыхательной недостаточности при коморбидном состоянии - ХОБЛ в сочетании с ИБС, - способствует уменьшению выраженности не только аритмического синдрома, но и купирует начинающиеся признаки сердечной недостаточности.

## **ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОЯВЛЕНИЙ ИБС**

*Горькова Н.Б., Лазарчук Д.М.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Хроническая ишемия мозга считается особой формой цереброваскулярной патологии, которая обусловлена прогрессирующим поражением ЦНС. В норме мозговое кровообращение составляет 55 – 80 мл/ 100 г/мин. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения возникают при перфузии 35-45 мл/100 г/мин. При постоянном поступлении крови в мозг в пределах 20-35 мл/100 г/мин. развивается дисциркуляторная энцефалопатия. 19 мл/100 г/мин. – критический порог, при котором происходят патологические процессы в соответствующих участках мозга.



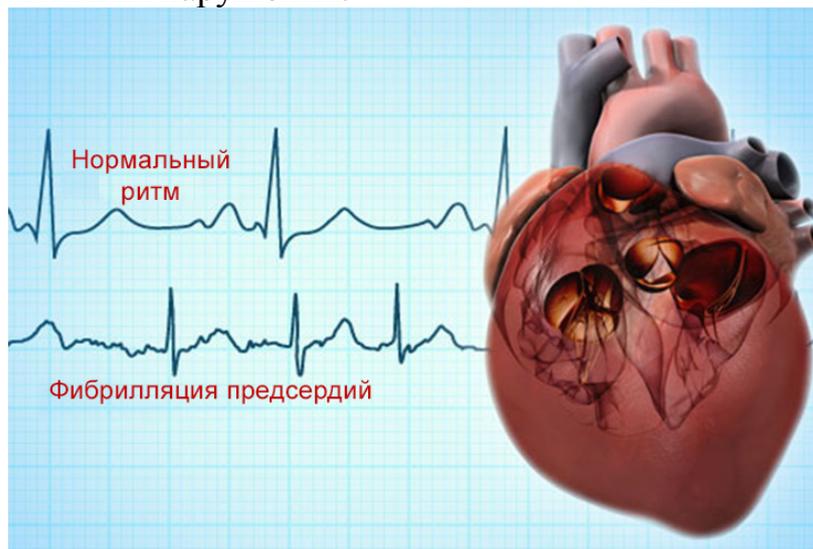
К хронической ишемии мозга приводят атеросклероз, васкулит, ревматизм, а так же сердечно – сосудистые заболевания, особенно сопровождающиеся признаками хронической сердечной недостаточности, нередко приводящие к падению системной гемодинамики. Особенного внимания заслуживают нарушения сердечного ритма. В связи с широкой распространенностью и тяжестью осложнений фибрилляция предсердий по своей значимости опережает другие виды аритмий. Помимо острого нарушения мозгового кровообращения в результате церебральных эмболий, выделяют так же немые эмболические ишемии и гипоперфузию головного мозга в результате колебания сердечного выброса. В связи с этим всех пациентов с ФП следует активно обследовать.

Так же особого внимания заслуживают у данных пациентов проявления дисциркуляторной ишемической миелопатии, при нарастающем стенозе или окклюзии корешково-спинно-мозговой артерии. Более уязвимыми при ишемии спинного мозга оказываются структуры его серого вещества, имеющие высокую степень функциональной активности. Чаще такие очаги образуются на уровне шейного и поясничного утолщения, ранимость которых при ишемии объясняется особой чувствительностью к гипоксии. Поражение мотонейронов поясничного утолщения возникает так же при стенозе артерии Адамкевича, что проявляется слабостью в ногах, парестезией при физической нагрузке, что в итоге проявляется синдромом перемежающейся хромоты. При нарушении кровообращения в артерии Депрож-Гуттерона появляется синдром перемежающейся хромоты конского хвоста.

На базе клиники факультетской терапии СамГМУ проведено клиническое обследование пациентов с документированной ИБС.

Цель данного исследования заключались в определение неврологического дефицита и когнитивной дисфункцией, а также определение связи дисциркуляторной ишемической миелопатии с патологией, связанной с нарушением мозгового кровообращения в вертебро-базилярном бассейне у пациентов с ИБС, без сопутствующих патологий других органов и систем. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ, неврологическое и расширенное нейропсихологическое обследование с качественной и количественной оценкой полученных результатов.

Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 40 пациентов, 18 мужчин и 22 женщины с ИБС, фибрилляцией предсердий (персистирующая форма),  $H_1$ , средний возраст  $77 \pm 5$  лет. Во вторую группу вошло так же 40 пациентов, 16 мужчин и 24 женщины, средний возраст  $78 \pm 5$  лет, у которых ИБС. Стенокардия напряжения стабильная, II ФК,  $H_{IIA}$ , не сопровождалась нарушением сердечного ритма. Исключение составили пациенты, перенесшие ОНМК, страдающие СД и имеющие патологию других органов и систем. Всем пациентам проводились: общеклиническое исследование, психоневрологическое исследование, а так же мини-тест на выявление когнитивных нарушений.



Нами получены следующие результаты (таблица 1). В двух группах были обнаружены начальные признаки нарушения мозгового кровообращения у 15 человек, дисциркуляторная энцефалопатия I ст. отмечалась у 28 пациентов, ДЭ II ст. у 37 пациентов. ДЭ III ст. не выявлена у пациентов обеих групп.

В первой группе ДЭ II ст. была диагностирована у 24 человек (60%), что в 1.8 раз больше, чем во второй. Очевидно, это связано с возникновением кардиоэмболического синдрома, в основе которого лежит снижением сократимости ушка левого предсердия, стаз крови, смена ламинарного тока на турбулентный, приводящие к образованию тромбов.

Данные пациенты предъявляли схожие жалобы: частая головная боль, головокружение, шаткость при ходьбе, так же отмечали снижение памяти на текущие события, на нарушение сна. При неврологическом осмотре отмечалось присутствие у пациентов слабо выраженного псевдобульбарного синдрома, гиперрефлексии, у некоторых - анизорефлексии, неустойчивости в позе Ромберга.

Таблица 1

**Синдром дисциркуляторной энцефалопатии у пациентов с ИБС**

Форма ИБС	1 группа*			2 группа**			
	Стадия	НПНМК	ДЭ I	ДЭ II	Стадия	НПНМК	ДЭ I
Всего	5	11	24	Всего	10	17	13
женщин	2	7	13	женщин	5	10	8
мужчин	3	4	11	мужчин	5	7	5

Здесь и далее:

\* 1 группа - ИБС, фибрилляция предсердий (персистирующая форма), Н<sub>I</sub>

\*\*2 группа - ИБС. Стенокардия напряжения стабильная II ФК, Н<sub>IIA</sub>

Выраженная когнитивная дисфункция выявлена у пациентов обеих групп, что связано с состоянием гипоксии, церебральным атеросклерозом, внутричерепной гипертензией (ВЧГ), гидроцефалией на фоне ДЭП, в основе которой лежит атеросклероз пенетрирующих артерий конвекситальных отделов мозга, так же в патогенезе когнитивных нарушений выделяют разобщение связей лобных долей с другими отделами головного мозга в результате лейкоареоза, возникшего на фоне хронической ишемии головного мозга. У пациентов отмечались личностные изменения, вялость, апатию, снижение критики к своему состоянию, расстройство внимания и адекватности поведенческих реакций, речь была монотонна, лицо амимично. Пациенты в данной группе, чаще, чем другие, жаловались на появление “пелены” перед глазами, тошноту, не связанную с приемом пищи, диффузную распирающую головную боль, которая провоцируется сгибанием и разгибанием шеи, усилению симптомов так же способствовали эмоциональная перегрузка и стресс (ВЧГ).

Когнитивные нарушения выявлены у 64 пациентов (таблица 2). Легкие когнитивные у 40(50%) (18 в первой группе (45%), 22 во второй (55%)), умеренные когнитивные у 23 (16(40%) в первой, 7 во второй (17%)), деменция у одного пациента мужского пола первой группы. Так же обратило на себя внимания, что у 9 мужчин первой группы (50%) были выявлены умеренные когнитивные нарушения, что значительно больше, чем во второй группе, в которой данная патология выявлена у 3 пациентов (18%).

Таблица 2

### Когнитивная недостаточность у пациентов с ИБС

Форма ИБС	1 группа*			2 группа**		
	Когнитивные нарушения	Легкие	Умеренные	Деменция	Когнитивные нарушения	Легкие
Всего	18	16	1	Всего	22	7
женщин	8	7	-	женщин	12	4
мужчин	10	9	1	мужчин	10	3

Особого внимания заслужили пациенты с вертебробазилярной патологией, у которых при неврологическом осмотре не было выявлено корешкового

синдрома в шейном отделе позвоночника, как правило, связанного с остеохондрозом и межпозвонковыми грыжами позвоночника. Данные пациенты предъявляли классические жалобы, связанные с недостаточностью кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне. Они жаловались на частые затылочные головные боли, которые были пульсирующими или давящими, на шум в ушах разного тембра, ухудшение слуха. На слабость и повышенную утомляемость. После полудня чувствовали полный упадок сил и разбитость. Приступы головокружения, иногда доходящие до обмороков. Ощущение жара, потливость и тахикардию без явных причин. Першение, ощущение кома в горле. Пациенты были рассеяны, обращали на себя внимание ослабление памяти и плохая концентрация внимания, значительное ухудшение равновесия. Так же у них отмечалась некоторая осиплость голоса.

Так же мы пытались выявить связь формы ИБС и наличие вертебро-базиллярной недостаточности с выраженностью проявлений дисциркуляторной ишемической миелопатии. У пациентов с нарушением мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне отсутствовала симптоматика миелоишемии у 15 в первой группе (37.5%), у 10 во второй (25%). Полученные данные доказывали преимущественное кровоснабжение спинного мозга из отходящих от аорты межреберных и радикулотомедуллярных артерий, и вторичное кровоснабжение из ВВБ (круг Захарченко).

У пациентов, у которых были выявлены признаки дисциркуляторной ишемической миелопатии, в ряде случаев не было сопутствующей патологии в вертебро-базиллярного бассейна (ВВБ). В первой группе число этих пациентов составило 6 (15%), во второй группе 7 (17.5%), что лишь косвенно давало право судить о характере кровоснабжения спинного мозга, но связь особенностей дисциркуляторной ишемической миелопатии с персистирующей формой фибрилляции предсердий и сопутствующей недостаточностью кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне нами выявлена не была.

### ***Выводы.***

У пациентов с фибрилляцией предсердий неврологический дефицит выражен больше, чем у пациентов без нарушения сердечного ритма, а так же у них более выраженная когнитивная недостаточность, причем, у мужчин чаще, чем у женщин.

Наличие ишемической дисциркуляторной миелопатии не определяется формой ИБС и наличием сопутствующей патологии, связанной с нарушением мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне, а зависит лишь от наличия остеохондроза, межпозвонковых грыж, а так же тяжести атеросклероза аорты, межреберных и радикулотомедуллярных артерий.

## **ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ЛПУ И ЛАБОРАТОРИИ**

***Граболова З.М., Силаева И.А.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Лаборатория СГКП №15 являлась первым отделением поликлиники, в

котором начиналось внедрение информационной системы. Каждому виду исследования (общеклинические, клинические, биохимические) были присвоены шифры, которые соответствуют шифрам Федерального контроля качества. С этого времени результаты лабораторных исследований регистрировались непосредственно в электронную амбулаторную карту пациента АИС «Поликлиника». Было открыто расписание на каждый шифр лабораторного исследования. Количество необходимых мест (временных интервалов) в расписании лаборатории рассчитывалось из потребностей пациентов и заявок лечащих врачей.

Открытие расписания на лабораторные исследования осуществляется старшим лаборантом КДЛ. Количество человек варьируется от вида исследования, и составляет:

1. ОАК — 120 человек;
2. ОАМ — 100 человек;
3. Биохимия — 100 человек.

Результаты лабораторных исследований добавлялись в электронную амбулаторную карту пациента путем ручного ввода лаборантами в АИС «Поликлиника».

В 2014 году в нашем ЛПУ была внедрена лабораторная информационная «ИС: Клиническая лаборатория» (ЛИС) «Алтей», которая была интегрирована с автоматическими анализаторами лаборатории. Это дало возможность отказаться от ручного ввода результатов анализов в АИС «Поликлиника».

Заказ исследований и передача результатов являются основными звеньями взаимодействия лечебных и лабораторных подразделений.

Между АИС «ИМЦ Поликлиника» и ЛИС «Клиническая лаборатория» обмен информацией по заказам лабораторных исследований и полученным результатам происходит программным путем.

Заявку формирует врач или медицинская сестра непосредственно на рабочем месте посредством АИС «ИМЦ Поликлиника».

С анализатора результаты исследований передаются в ЛИС, где врачом КДЛ проводится совмещение заявки на исследование и результата, постаналитический процесс, сохранение и утверждение результата.

Имеется возможность использования ЛИС и АИС для формирования отчетов по параметрам (общего анализа мочи, общего анализа крови, по биохимическим параметрам), а также по заказчикам. Имеется архив результатов; динамическая карта; страница патологических анализов, выделенных определенным цветом. Выделение патологических анализов создает удобство лечащим врачам для ежедневного отслеживания анализов с отклонениями от параметров нормы и последующего вызова пациентов.

Для достоверности результатов лабораторных исследований необходим ежедневный внутрилабораторный контроль качества, который позволяет проверить воспроизводимость и правильность результатов. Результаты контрольных проб автоматически передаются в ЛИС, где производится построение контрольных карт. Для этого используют построение контрольных карт Леви-Дженнинга с контрольными пределами и правила Вестгард.

В настоящее время начато внедрение нового раздела системы «ИС:

Клиническая лаборатория» - модуль «Склад». Это позволит полностью автоматизировать учет поставок, учет расходования, изменения объемов запасов, автоматического формирования заказов поставщикам, а также автоматизировать формирование отчетов.

## **ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

***Графчева С.А., Ничунаева М.Ю.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Во второй половине XX в. основную опасность для здоровья населения стали представлять хронические неинфекционные заболевания и, в первую очередь, болезни системы кровообращения, которые в настоящее время являются ведущими причинами инвалидизации и смертности взрослого населения, причем медико-социальное значение этих заболеваний определяется не столько частотой их распространения, сколько их тяжестью. Эти болезни занимают первое место в структуре причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира.

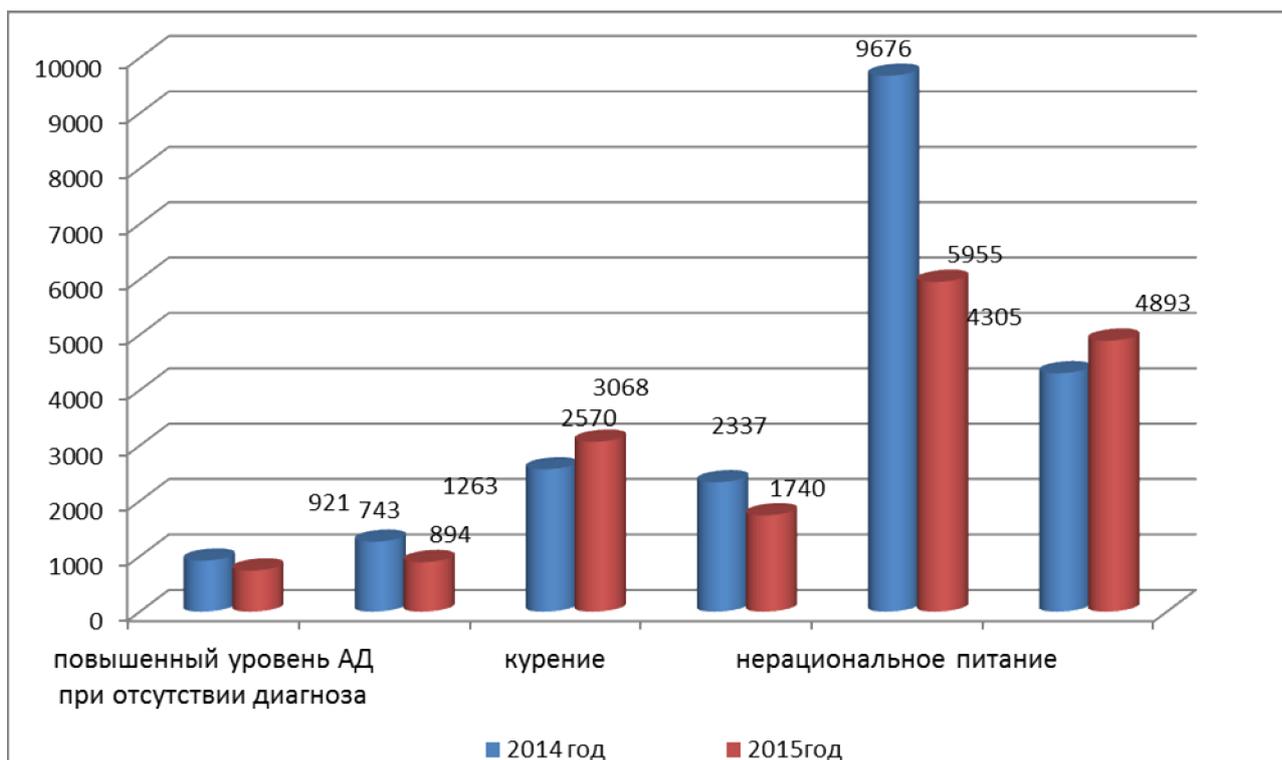
С целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (далее ХНИЗ) проводится диспансеризация взрослого населения. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление ХНИЗ, формирование здорового образа жизни.

По рекомендации ВОЗ скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска ХНИЗ, являющихся основными причинами смерти населения. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расценивается как важнейшее условие для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Врачи первичного звена ответственны за выявление бессимптомных, клинически здоровых лиц, имеющих высокий риск сердечно-сосудистых фатальных катастроф. Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный СС риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относится и Российская Федерация.

К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта, развитие непосредственно инфарктов и инсультов. Проведение диспансеризации определенных групп населения является одним из важных шагов по раннему выявлению факторов риска развития ХНИЗ, скрытого течения патологии.

В период 2014-2015 года в ГБУЗ СО ГКП №15, г.о. Самара было осмотрено 27 794 пациента. Выявлены разнообразные факторы риска развития ХНИЗ, которые представлены на ниже приведенном рисунке (рис. 1).



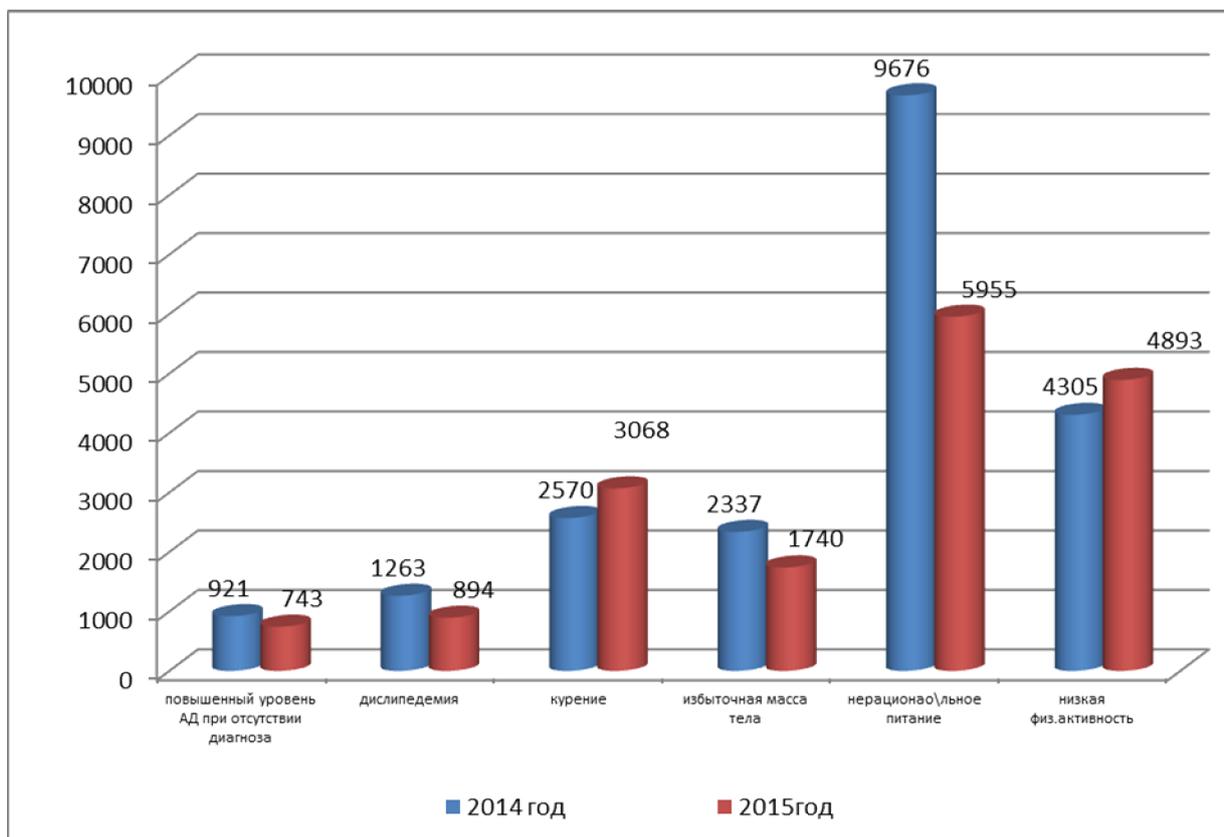


Рис. 1. Выявление факторов риска развития ХНИЗ (по данным ГБУЗ СО ГКП №15, г.о. Самара, 2014-2015 г.)

В зависимости от пола, возраста пациентов, уровней артериального давления и уровня общего холестерина, наличия ХНИЗ определялось абсолютное значение SCORE (для пациентов от 40 до 65 лет). На нижеприведенном рисунке видно, что количество пациентов с высоким и очень высоким уровнем SCORE в 2015 году значительно уменьшилось, что связано с более правильным подходом и более строгим контролем со стороны заведующих отделением к определению этого значения. В медицинской организации неоднократно проводились обучающие семинары, практические занятия для понимания правильного определения сердечно-сосудистого риска. Надо так же отметить, что весь медицинский состав первичного звена, участвующий в проведении диспансеризации стал глубже понимать сам процесс профилактики ХНИЗ, значение определения SCORE для прогнозирования сердечно-сосудистых катастроф. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, в том числе по шкале SCORE имеет ключевое значение, так как уровнем этого риска определяется выбор профилактических стратегий и конкретных вмешательств. Чем выше риск, тем больше пользы от профилактических мер (рис.2).

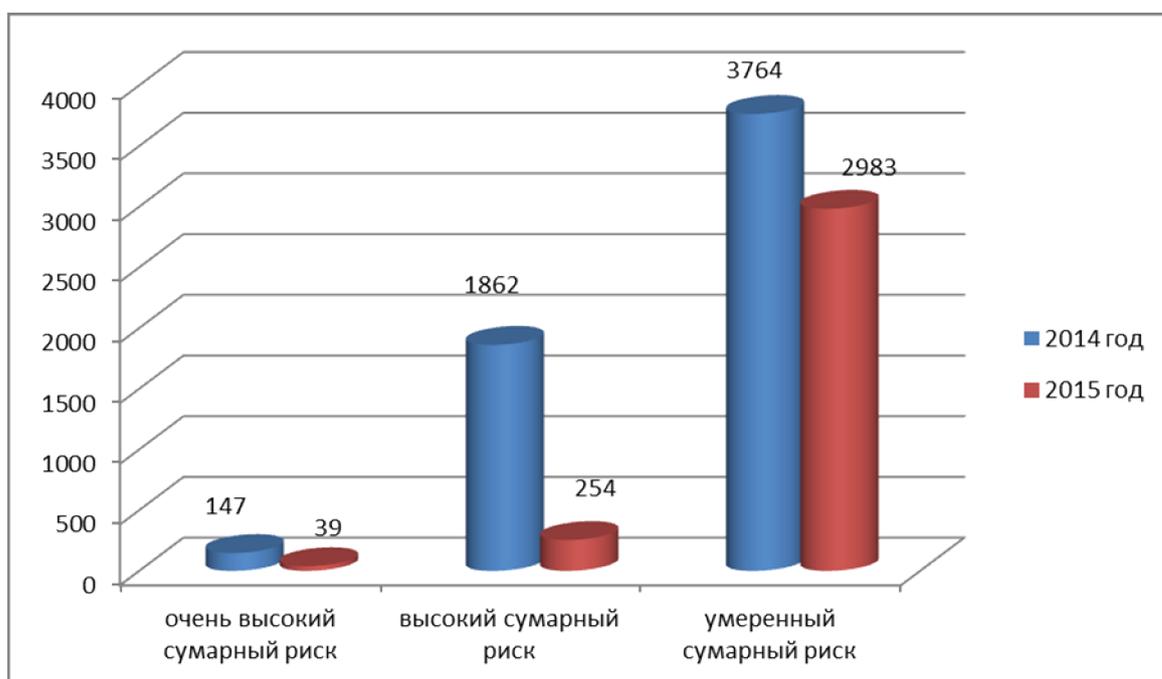


Рис. 2. Динамика риска развития ХНИЗ по шкале SCORE (данные ГБУЗ СО ГКП №15, г.о. Самара, 2014-2015 г.)

Определение риска развития ХНИЗ по шкале SCORE является одним из ключевых моментов в определении групп здоровья. Пациенты с высоким и очень высоким SCORE, без ХНИЗ, отнесены ко 2 группе здоровья и переданы в отделение профилактики для осуществления диспансерного наблюдения. Согласно регламентирующим нормативным актам, за пациентами установлено наблюдение врача отделения профилактики, дополнительное обследование, проводятся реабилитационные мероприятия. В 2015 году количество лиц со второй группой здоровья уменьшилось с 1394 (2014 год) человек до 643 (2015 год), что является логичным продолжением процесса изучения и внедрения в практику основных нормативных документов, регламентирующих проведение диспансеризации взрослого населения, результатом чего явилось ужесточение подходов к использованию маркеров риска. В настоящее время за 2015 год в отделение профилактики наблюдается 720 человек – это пациенты 2 группы здоровья, по итогам диспансеризации 2014 года и 2015 года.

По итогам выявленных факторов риска, определения суммарного риска сердечно-сосудистых катастроф, в ГБУЗ СО ГКП №15, г.о. Самара разработана программа профилактических мероприятий. Основной целью программы является организация помощи лицам с низким суммарным риском по SCORE для продления этого состояния на долгие годы, а для лиц с высоким суммарным риском по SCORE – его снижение.

Программа профилактических мероприятий предусматривает для лиц с **низким** суммарным риском по шкале SCORE (до 1%) и **умеренным** (от 1% и до 5%) для сохранения здоровья выполнение следующих мероприятий:

- не курить;
- соблюдать принципы здорового питания;
- поддерживать достаточный уровень физической активности: не менее 30 мин в день умеренной физической нагрузки;

- иметь индекс массы тела  $< 25 \text{ кг/м}^2$  при отсутствие центрального ожирения;
- поддерживать АД на уровне менее 140/90мм рт. ст.;
- иметь уровень общего холестерина менее 5 ммоль/л ( $< 190 \text{ мг/дл}$ );
- иметь уровень ЛПНП менее 3 ммоль/л ( $< 115 \text{ мг/дл}$ );
- иметь уровень глюкозы в плазме крови натощак менее 6,1 ммоль/л ( $< 110 \text{ мг/дл}$ );
- избегать стрессовых ситуаций, вырабатывать навыки его преодоления;
- своевременно проходить диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры.

Лицам с **высоким** суммарным риском по шкале SKORE риском (5-9% по шкале SCORE или значительно повышенными уровнями отдельными ФР, например, семейной гиперхолестеринемией или АГ высокой степени тяжести) дополнительно рекомендуется достичь более жесткого контроля следующих факторов риска:

- общего холестерина крови менее 4,5 ммоль/л ( $< 175 \text{ мг/дл}$ ), предпочтительнее менее 4 ммоль/л ( $< 155 \text{ мг/дл}$ ), при отсутствии противопоказаний;
- ЛПНП менее 2,5 ммоль/л ( $< 100 \text{ мг/дл}$ );
- уровень глюкозы в крови натощак менее 6,1 ммоль/л ( $< 100 \text{ мг/дл}$ ) и HbA1c  $< 6,5 \%$ , при отсутствии противопоказаний.

Лицам с **очень высоким** суммарным риском по шкале SCORE, а так же больным с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД II и I типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском по шкале SCORE более 10% дополнительно рекомендуется контролировать ЛПНП и держать их уровень ниже 1,8 ммоль/л ( $< 70 \text{ мг/дл}$ ), при невозможности достижения этого уровня добиться снижения его на 50% от исходного уровня.

Одним из результатов проведенной диспансеризации являются лица с впервые выявленными заболеваниями. По результатам работы за 2015 год выявлено 1687 заболеваний, что выше, чем в 2014 году – 1619 заболеваний. Прежде всего, нас интересуют заболевания системы кровообращения (БСК). Структура БСК представлена на ниже приведенном рисунке 3. Как видим, значительно увеличилось количество лиц с впервые выявленной гипертензией.

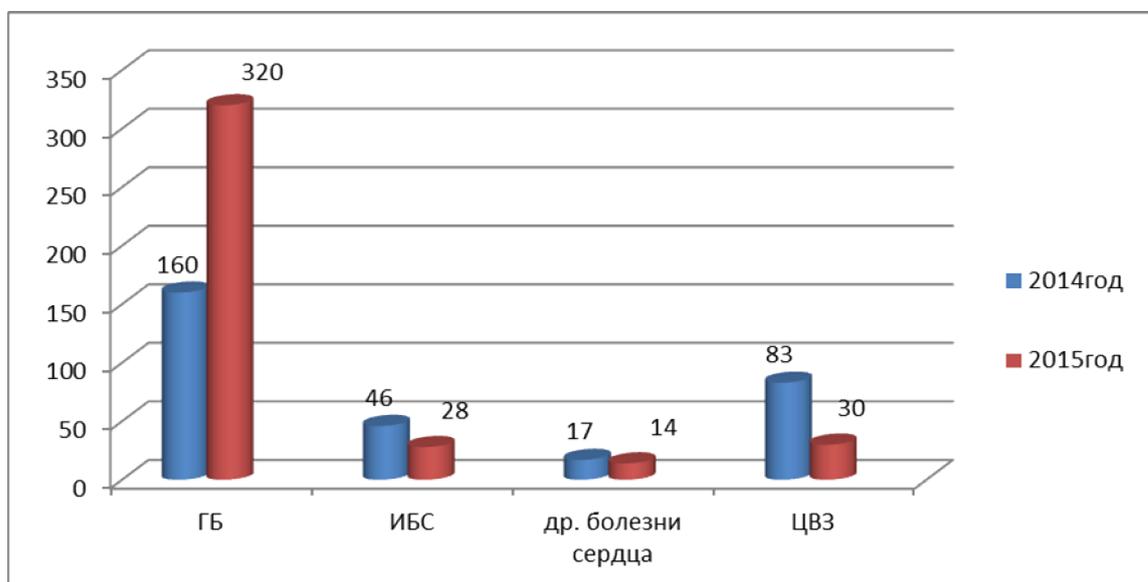


Рис. 2. Структура заболевания системы кровообращения (данные ГБУЗ СО ГКП №15, г.о. Самара, 2014-2015 г.)

С учетом выявленных факторов риска для пациентов групп низкого и среднего риска давались индивидуальные рекомендации по коррекции, создавалась мотивация на соблюдение назначений врача. Для больных, состоящих на диспансерном учете, которые в результате исследования были отнесены к группам высокого и очень высокого риска, разрабатывались профилактические программы. По результатам консультирования формировалась база данных пациентов с конкретными нозологическими формами. Пациентам назначались сроки и время проведения оздоровительных процедур, лечебной физкультуры. Также больные были направлены на оздоровительные школы "Артериальной гипертензии", "Отказ от курения".

Важным моментом индивидуального профилактического консультирования являлось ведение дневников самоконтроля пациентами с различной патологией, выдача памяток, буклетов с перечнем продуктов для нормализации уровня холестерина, по самоконтролю при физических нагрузках и другой литературы. После индивидуального консультирования и оздоровительных процедур с пациентами проводились повторные беседы с целью поддержания мотивации на здоровый образ жизни, анализировались возникающие препятствия, корректировались диета и физическая нагрузка.

**Вывод.** С целью повышения качества профилактической помощи населению в первичном звене здравоохранения необходимо внедрение стратегии профилактики высокого риска развития хронических неинфекционных заболеваний, нацеленной на определение общего суммарного риска и проведение мероприятий по его коррекции. Указанный показатель необходимо использовать в качестве индикатора эффективности профилактических мероприятий.

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАВЕРШЁННОГО СУИЦИДА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Гречанин Н.Р., Пудовкина В.В., Демченко Ж.Л.,  
Чеснокова Е.В., Житинева, Н.А., Шлапак А.Е.  
ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»*

По данным ВОЗ, каждый год в нашей стране завершают жизнь самоубийством 200 детей и полторы тысячи подростков. По числу суицидов среди несовершеннолетних наша страна занимает первое место в Европе.

Более 90 процентов случаев связаны с неблагополучием в семье, пьянством, финансовыми трудностями, жестокостью родителей. Отношения с близкими людьми (членами семьи, прежде всего родителями) являются самой частой причиной подросткового суицида, а именно это относится к 80% случаев.

В общей сложности 45 % девушек и 27 % юношей задумывались о самоубийстве. Попытки самоубийства, даже те, которые призваны лишь

привлечь внимание взрослых, зачастую выходят из-под контроля детей и приводят к летальному исходу.

Самый опасный возраст – 14-16 лет, именно на него приходится пик суицида. Но даже детей младше 11 лет посещают такие мысли, особенно в минуты отчаяния и непонимания со стороны близких.

По данным статистики девочки совершают попытки суицида в 3 раза чаще мальчиков, однако мальчики в 4-5 раз чаще девочек доводят эти попытки до летального исхода. Как правило, чем младше ребенок, тем более травматичный и «страшный» способ он выбирает (прыжки с высоты или повешение).

В отделении амбулаторных экспертиз Самарского психоневрологического диспансера в 2014 году проведено 6 посмертных судебно-психиатрических экспертиз по факту суицида несовершеннолетних, в 2015 - 4 экспертизы.

Анализ наличия психических расстройств в указанной группе показал, что в 2 случаях из 10 (20%) у подэкспертных установлено наличие психического расстройства (депрессивного расстройства поведения, расстройства адаптации). У остальных при ретроспективной оценке психического состояния при жизни не выявлено психических расстройств. Указанные данные соответствуют общей статистике - порядка 60% завершённых суицидов совершены несовершеннолетними не имеющими психических расстройств.

Таким образом, формулируется неутешительный и тревожный вывод — предвидеть суицидальные действия у подростков и детей сложно: часто дети и подростки уходят из жизни внезапно, после, казалось бы, незначительного замечания или неудовлетворительной оценки.

Пик суицидов несовершеннолетних приходится на зимнее время, канун новогодних праздников, что является следствием нарастания чувства одиночества среди всеобщей предпраздничной суеты.

Необходимо объединения опыта педагогов, врачей-педиатров, работающих с детьми, наблюдающими их с младенчества до подросткового возраста, знающими внутренний климат в семье, с целью наиболее раннего выявления неблагоприятных предпосылок возможного суицидального поведения. В таком случае ребёнка можно будет направить к психологу и начать работу по налаживанию эмоционального состояния, поиску выхода из стрессовой ситуации.

Не стоит забывать о детях из внешне благополучной среды, которые могут совершить непоправимое, не осознавая отсутствие возможности вернуться к жизни. Здесь следует разработать межведомственные программы для реальных действий по информированию последствий суицидального поведения в среде детей и подростков, что позволит предотвратить суициды.

## **ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦА ПРИ ПРИЗНАНИИ БРАКА НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ В РАМКАХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

*Гречанин Н.Р., Пудовкина В.В., Демченко Ж.Л., Чеснокова Е.В., Шлапак А.Е.  
ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»*

В последние годы наблюдается рост числа гражданских экспертиз, расширяется круг вопросов, которые ставятся на разрешение судебно-психиатрической экспертизы. Данный период сопровождается ростом числа исков о признании брака недействительным. В некоторых случаях потребность в признании брака недействительным может возникнуть после смерти обоих супругов или одного из них. Предъявление такого иска могут быть заинтересованы третьи лица – наследники, супруг по предыдущему, не расторгнутому браку или государственный орган, например при фиктивном браке.

Признание брака не действительным после смерти одного из супругов возможно. Трудности этого вида экспертизы обусловлены необходимостью оценивать психическое состояние данного лица ретроспективно, на основании данных медицинской документации, показаний свидетелей, а также других, нередко скудных материалов, характеризующих личность покойного.

В этой связи медицинская документация является единственным объективным источником.

Из дневниковых записей лечащего врача можно получить важную информацию, характеризующую состояние здоровья подэкспертного, его способность самостоятельно решать вопросы приёма лекарств, является на контрольные визиты, своевременно проходить обследования.

Отметка об осмотре на дому может свидетельствовать об определённом ограничении передвижения пациента, тяжести состояния. Особое значение имеет раздел жалоб, крайне важно кто излагает жалобы, сам человек или его родственники, соответствие жалоб актуальному соматическому состоянию даёт понимание о способности человека давать субъективную оценку своего состояния и сохранность критического отношения к своему заболеванию. Лаконичные отметки о наличии должного ухода или напротив, запаха мочи, антисанитарии в доме и т. д. даже спустя много лет после осмотра дадут эксперту картину условий жизни человека, помогут понять побудительные мотивы принятия им решений.

Информация, которую можно почерпнуть из поликлинической карты исследуемого лица, не менее ценна для эксперта-психолога. Указания на опасения необычное поведение пациента, способность самостоятельно решать повседневные бытовые действия, его жалобы в адрес своих родственников дают возможность не только указывает на наличие того или иного заболевания, но и раскрывает психологический портрет человека и его окружения, отражает степень сохранности его психических функций.

Вместе с тем, не следует давать оценку состояния человека без понимания существа употребляемого термина. Например, указание, «поведение неадекватное» может значить широкую палитру нарушений психической деятельности от расстройств психотического регистра до нарушений поведения вследствие слабоумия. Неосторожное использование терминологии раздела психических расстройств служит поводом для последующего вызов врача в суд в качестве свидетеля для дачи пояснений.

Небрежное ведение записей, необоснованные сокращения, которые можно встретить в практике работы с медицинской документацией, существенно затрудняют работу экспертов, препятствуют достаточной обоснованности выводов.

Но, именно она - медицинская документация, - представляется наиболее объективным источником информации для экспертов, что придает дополнительное значение работе участкового врача, как специалиста, с одной стороны, достаточно приближенного к пациенту, а с другой стороны, обладающего способностью оценить информацию, полученную от пациента, с точки зрения медицины.

В качестве иллюстрации приведём пример: в ходе производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы о признании брака недействительным в отношении гр. К. в распоряжении экспертов были предоставлены медицинские документы (медицинская карта из поликлиники, выписки из стационаров и протоколы исследований, консультаций в разрозненном виде). Основанием для возникновения сомнений в способности К. заключить брак явилось наличие у неё тяжёлого хронического заболевания - системной склеродермии с суставным синдромом, которое явилось причиной инвалидизации. В качестве критерия экспертной оценки об отсутствии у К. препятствий к заключению брака послужили сведения лечащих врачей поликлиники, в записях которых были отражены жалобы подэкспертной, соответствующие тяжести заболевания, соблюдение ею рекомендаций по приёму лекарственных средств. Пациентка на приём приходила самостоятельно, критически оценивала своё состояние и решала вопросы, связанные с лечением, направлением в стационар без третьих лиц. Таким образом, принимая во внимание необходимость сотрудничества судебных психиатров и психологов с врачами других специальностей, необходимо пользоваться общим языком, понятным любому специалисту. Запись врача в медицинской карте должна соответствовать действующему Приказу МЗ РФ от 22.01.2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».

## **ВИКТИМНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ**

*Гречанин Н.Р., Шлапак А.Е., Житинева Н.А., Чеснокова Е.В.*

*ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»*

Виктимность, виктимное поведение (от англ. victim - жертва) - предрасположенность человека попадать в ситуации, связанные с опасностью для его жизни и здоровья. В частности, это действия и поступки человека, которые провоцируют желание на него напасть.

Под виктимностью понимают потенциальный комплекс психофизических свойств, который обуславливает неспособность несовершеннолетних своевременно понять сексуальную направленность действий преступника, их

нравственно-этическую сущность и социальные последствия и (или) вырабатывать и реализовывать эффективные стратегии поведения в сексуально значимых ситуациях.

У психологически здоровых детей и подростков имеется психологический комплекс виктимности, определяемый возрастным фактором (неспособность понимать характер и значение действий сексуального характера в результате несформированности базовых психологических структур в сочетании с излишней доверчивостью, подчиняемостью, внушаемостью и т.д.)

Виктимное поведение - одна из разновидностей, так называемых пограничных поступков. Представляет собой поведение потерпевшего, которое создает реальную возможность совершения против него соответствующего правонарушения, т.е. поведения, провоцирующее правонарушение.

Дети и подростки нередко становятся жертвами преступлений, жестокого обращения и насилия. На каждом возрастном этапе существуют опасности, столкновение с которыми может привести к тому, что человек становится жертвой неблагоприятных условий социализации:

- в младшем школьном возрасте (6-10 лет): аморальность или пьянство родителей, отчим или мачеха, нищета семьи; негативное отношение учителя или сверстников; отрицательное влияние сверстников или старших ребят (привлечение к курению, к выпивке, воровству); растление; угнетение; физические травмы; изнасилование.
- в подростковом возрасте (11-14 лет): пьянство, алкоголизм, аморальность родителей; курение, токсикомания; изнасилование, растление; одиночество; физические травмы; травля сверстников; вовлечение в антисоциальные и преступные группы; частые переезды семьи.
- в ранней юности (15-17 лет): антисоциальная семья, нищета семьи; пьянство, наркомания, проституция; вовлечение в преступные группы; изнасилование; физические травмы; потеря перспективы, непонимание окружающими, одиночество; травля сверстников, романтические неудачи; суицидальные устремления.

В системе экспертных оценок при проведении комплексных психолого-психиатрических судебных экспертиз решается вопрос о способности потерпевшего понимать характер и значение совершаемых с ним насильственных сексуальных действий или оказывать сопротивление виновному, и в случае экспертного вывода о том, что потерпевшие по делу о насильственных действиях сексуального характера не были способны понимать характер и значение совершаемых с ними действий либо оказывать сопротивление, делается вывод о беспомощном состоянии в криминальной ситуации.

Психологом-экспертом исследуется сохранность способности потерпевшего к пониманию характера и значения совершаемых с ним преступных действий, а именно, сохранность способности потерпевшего понимать сексуальную направленность и социальное значение совершаемых с ним насильственных действий. На этом этапе исследуется уровень психологического развития подэкспертного и эмоциональное состояние потерпевшего в криминальной ситуации. В случае, когда низкий уровень психического развития обусловлен

естественной возрастной незрелостью (как правило, это малолетние потерпевшие в возрасте до 9-10 лет), можно констатировать понимание только внешней стороны юридически значимых событий, без осознания биологического и социального их смысла. У потерпевших старше 10-11 лет и у несовершеннолетних необходимо исследовать индивидуальную структуру познавательной деятельности и уровень личностного созревания. Психотравмирующий характер посягательств может вызывать различные аффективные состояния, в частности аффект страха.

Другим важным моментом в экспертной оценке для определения беспомощного состояния является нарушения способности потерпевшего оказывать сопротивление, и они зависят от структуры индивидуально-психологических особенностей потерпевшего.

Выделяют пассивно-подчиняемый тип поведения потерпевших. Для таких детей и подростков характерны такие черты личности, как внушаемость, подчиняемость, нерешительность, мнительность, робость, доверчивость, эмоциональная неустойчивость.

Псевдопровоцирующий тип поведения, личность характеризуется повышенной активностью, стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, совместным употреблением спиртных напитков. Это поведение определяется разными формами отставания в психическом развитии.

Непоследовательный тип поведения, характеризуется отсутствием четкой линии действий и их противоречивостью, изменчивостью поступков и высказываний.

В отделении амбулаторных психолого-психиатрических судебных экспертиз Самарского Психоневрологического диспансера за 2014 и 2015 года было проведено 28 комплексных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних потерпевших по делам о сексуальных преступлениях, из них 8 потерпевших были в возрасте до 10 лет, 11 потерпевших в возрасте от 10 до 14 лет и 9 - в возрасте 15-17 лет.

Экспертизы несовершеннолетних потерпевших в возрасте до 10 лет определили, что испытуемые в силу естественной возрастной незрелости, недостаточности жизненного опыта, неосведомленности в вопросах половых отношений и соответствующих социальных норм могли правильно воспринимать лишь внешнюю фактическую сторону обстоятельств, имеющих значение для дела и давать о них показания, но не могли правильно понимать и оценивать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление.

Потерпевшие в возрасте 15-17 лет могли воспринимать обстоятельства юридически значимых событий, в полной мере понимать характер и значение совершаемых в отношении них действий, давать о них показания, им доступно понимание социального значения криминальных событий на уровне личностного смысла.

Возрастная категория от 10 до 14 лет разделилась на две составляющие, где потерпевшие в возрасте от 10 до 12 лет не могли правильно понимать и оценивать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление, и потерпевшие в возрасте от 12 до 14 лет, могли воспринимать

обстоятельства юридически значимых событий в полной мере, понимать характер и значение совершаемых в отношении них действий, с доступностью понимания социального значения криминальных событий на уровне личностного смысла.

Таким образом, потерпевшие в возрасте до 12 лет как бы автоматически попадают в группу людей, имеющих комплекс виктимности, который определяется естественной возрастной незрелостью (неспособность понимать характер и значение действий сексуального характера в результате несформированности базовых психологических структур в сочетании с излишней доверчивостью, подчиняемостью, внушаемостью и т.д.). Возможные профилактические мероприятия будут иметь низкую эффективность в этой возрастной категории. По-другому обстоят дела среди подростков в возрасте старше 12 лет. В этой возрастной группе актуальным становится вопрос о виктимологической профилактике подростков, а именно, в расширении информационной базы знаний: предоставлении подросткам, родителям, учителям знаний о виктимологии, особенностях виктимного поведения, диагностировании у подростков виктимного поведения и содействия развитию личностного потенциала с целью последовательного формирования представлений подростков о своих правах, возможных криминальных ситуациях и способах их предотвращения.

## **АКТУАЛИЗАЦИЯ ЗНАНИЙ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СРЕДНИХ И МЛАДШИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

*Гусева О.В.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Реформирование здравоохранения и переход на современный уровень обслуживания пациентов потребовало от медицинских сестер ещё большей профессиональной подготовки. В новых условиях границы сестринской практики расширились, помимо сестринского ухода за пациентами медсестра оказывает социальную и психологическую помощь, проводит работу по профилактике заболеваний. Медицинские сестры должны иметь высокую профессиональную подготовку и являться специалистами широкого профиля. Основное требование при приёме на работу медсестёр — это наличие сертификата. При приёме на работу медсестёр старшая медсестра должна проводить с ними тестовую беседу, как по социальным, так и профессиональным вопросам: почему она хочет работать именно в этом отделении, а так же оценивать уровень её профессиональной подготовки. Со своей стороны старшая медсестра рассказывает о режиме работы отделения, задачах, знакомит с должностными обязанностями медсестры, проводит инструктаж по технике безопасности на рабочем месте и эксплуатации медицинской техники и оборудования, а так же информировать об уровне заработной платы.

Основными направлениями деятельности старшей медсестры является обучение и контроль в обеспечении соблюдения санитарно-гигиенического состояния отделения, выполнение своих обязанностей медицинским персоналом, а так же соблюдение этического кодекса медицинской сестры, что является обязательным в деятельности в целом.

Соблюдение инфекционной безопасности и инфекционного контроля на рабочем месте. Работа по профилактике профессиональных заболеваний. Для защиты пациентов от инфекционных заболеваний, для создания безопасности медицинских работников в отделении применяются современные дезинфицирующие и моющие средства, кожные антисептики, одноразовый медицинский инструментарий, соблюдаются нормативные приказы и распоряжения.

Качество санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов обеспечивается за счет применения защитной одежды и средств индивидуальной защиты (перчатки, маски, экраны); своевременного и полного медицинского обследования медицинского персонала; соблюдение уровней обработки рук; соблюдение правил асептики и антисептики; соблюдение режимов работы бактерицидных ламп, безопасный сбор, хранение и утилизация медицинских отходов; использование емкостей – контейнеров; применение вакуум-систем для забора крови, наличие «Аптечки по профилактике инфекционных заболеваний с гемоконтактным путем передачи (ВИЧ, ВГВ, ВГС). В каждом кабинете имеются кожные антисептики, разовые полотенца, бактерицидное жидкое мыло, профессиональные крема для рук.

Следует подчеркнуть, что степень риска инфицирования медицинских работников в большей степени зависит от соблюдения правил личной безопасности при работе с инфицированным материалом.

По своим служебным обязанностям старшая медсестра должна:

- постоянно проводить работу по профилактике профессиональных заражений;
- требовать тщательного соблюдения персоналом противоэпидемического режима при выполнении инвазивных лечебно-диагностических манипуляций, обеспечивающего эпидемиологическую безопасность пациента, правил и технологии предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения, максимальное использования в деятельности ЛПУ изделий медицинского назначения одноразового применения, совершенствование и повышение надежности методов дезинфекции и стерилизации;
- контролировать проведение среди сотрудников отделения специфической иммунопрофилактики гепатита В;
- осуществлять контроль за санитарно-эпидемиологическим режимом процедурного кабинета;
- проверять температурный режим холодильников, ведение документации, сроки годности медикаментов, а так состав «Аптечки по профилактике инфекционных заболеваний с гемоконтактным путем передачи (ВИЧ, ВГВ, ВГС);

- следить за качеством уборки помещений санитарками. Один раз в неделю проводится обход вместе с заведующей отделением и сестрой-хозяйкой.

### **Педагогическая и наставническая деятельность**

Старшая медицинская сестра отделения, являясь наиболее опытным средним медицинским работником, в настоящее время нередко имеет высшее сестринское образование. В связи с этим ей делегируются функции наставника других представителей среднего и младшего медицинского персонала.

Основной задачей наставника является введение новичка в должность, которая направлена на преодоление психологических барьеров новичка и на быстрое усвоение своих профессиональных обязанностей. В сестринском деле наиважнейшим ресурсом является сам персонал. И чтобы оказывать качественную помощь населению он должен быть хорошо обучен и иметь возможность и желание эффективно и добросовестно трудиться в данной должности, ведь будущее за грамотными и образованными медицинскими сестрами, умеющими самостоятельно принимать решения, действовать в различных ситуациях, оказывать пациентам психологическую поддержку.

В качестве приоритетного направления своей работы выделить развитие сестринского дела путем стандартизации сестринской деятельности, повышения квалификации сестринского персонала, улучшение профессиональной компетенции каждого специалиста.

Повысить уровень требований к медицинскому персоналу (медсестрам, санитаркам) путем правильной организации выполнения своих функций и обязанностей, четкости взаимодействия внутри коллектива.

В своей работе управления качеством использовать все подходы: структурный (отбор кадров, их подготовка и организация труда), процессуальный (экспертиза и коррекция) и конечный результат (выполнение стандартов, удовлетворенность пациентов).

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ЗВЕНА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

*Гусева О.В., Сагдеев Р.Г., Тагиева К.И*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Многопрофильное терапевтическое отделение клиники факультетской терапии СамГМУ – оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь населению с соответствующей патологией.

Основная масса пациентов в отделении это лица пожилого и старческого возраста, у которых чаще всего встречается сочетание нескольких заболеваний (коморбидность). При этом 90% пациентов поступают в экстренном порядке с резким ухудшением состояния. К ним относятся – артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, заболевания органов дыхания (ХОБЛ, пневмонии) пищеварения, сахарный диабет, ХБП требующая заместительную почечную терапию методом гемодиализа, онкологические заболевания и другие. Масса

сопутствующих патологий отяжеляет состояние больного и усложняет обследование и лечение пациентов.

За экстренное суточное дежурство поступают 20-35 больных, которые доставляются машиной скорой медицинской помощи или из поликлиник. Поэтому общий медицинский уход и лечение больных терапевтического отделения многогранный, сложный и требует от сотрудников среднего и младшего медицинского персонала полной самоотдачи, большого внимания и времени. Медицинская сестра выполняет все врачебные назначения: внутривенные инфузии, инъекции, раздача таблетированных медикаментов, оксигенотерапия.

Так как пациенты в основном пожилого и старческого возраста с сочетанной патологией, медицинский персонал с большим пониманием относится к пациентам с когнитивными нарушениями, проявлениями вестибулоатактического синдрома, снижения памяти в связи с этим тактично напоминают ему о времени приема лекарств и прохождении процедур. В ряде случаев в связи с инволютивной старческой астенией за пациентами проводится перманентное динамическое наблюдение и уход, которые обеспечиваются благодаря слаженности и преемственности медицинских сестер и младшего медицинского персонала. С ними для повышения профессионального мастерства и систематически проводится кроме индивидуальной работы «техучеба», где прорабатываются сугубо медицинские вопросы по повышению профессионального мастерства, деонтологии и этики.

Традиционно не потеряло свое значение и наставничество с курацией молодых начинающих сотрудников более опытными в повседневной работе и во время дежурств. Важную роль в медицинском диагностическом и лечебном процессе играют студенты старших курсов, которые работают на дежурствах в среднем звене. Чувствуется их заинтересованность на деле приобрести необходимые навыки по диагностике и лечению пациентов. Очень хорошо видно их рост, активность, инициативность, определенную самостоятельность и активное участие в лечебном процессе, особенно на экстренных дежурствах.

Важным при лечении и уходе за пациентами, являются уважение к его личности, понимание, принятие и разделение его физических и психических недостатков, сопереживание, сочувствие и эмпатия. Эмпатия - это глубокое и безошибочное восприятие внутреннего мира другого человека, его скрытых эмоций и смысловых оттенков, эмоциональное созвучие с его переживаниями, использование всей глубины понимания этого человека не в своих, а в его интересах.

Многие пациенты физически ослаблены, порой не могут самостоятельно передвигаться, поэтому их на каталке сидя или на развозке лежа доставляют медицинские сестры совместно с младшим медицинским персоналом сопровождают и транспортировка на различные процедуры и мед. обследования. В этом хорошо помогают студенты, которые участвуя в сопровождении пациентов на УЗИ, ЭхоКГ, УЗДГ брахиоцефального соединения вместе с врачом инструментальной диагностики анализируют полученные данные.

# **РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА В РЕШЕНИИ ЗАДАЧ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ**

*Демьянова С.В., Дорожкин В.К.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Врачам амбулаторного звена отводится огромная роль в выявлении пациентов, нуждающихся в применении высокотехнологичных методов лечения, организации обследования и консультаций со специалистами, а также, в подготовке непосредственно к самому вмешательству. Это требует от врачей знаний особенности течения заболевания, самой технологии вмешательства, возможных противопоказаний и осложнений. В успешной реализации этой проблемы имеет место сотрудничество врачей разных специальностей. Организация совместного приема, проведение консультаций и консилиумов – не только элемент маршрутизации пациентов, но и неотъемлемая часть системы повышения профессионального уровня врача амбулаторного звена.

Бесплодие – важнейшая проблема гинекологии уже длительное время. Эта проблема актуальна не только в акушерской практике. Она приводит к социальному, психическому и физическому не благополучию супругов, приобретает медико-социальное, демографическое и экономическое значение.

Причины бесплодия многообразны. На женское, мужское и сочетанное бесплодие приходится по 30%. 10% составляет бесплодие неясного генеза. На первичное бесплодие приходится 40%, а на вторичное – 60%. Также бесплодие делится на абсолютное и относительное.

По данным ВОЗ (1997 г.) выделяют 21 фактор, который приводит к женскому бесплодию и 19 факторов – к мужскому бесплодию.

Причины бесплодия, из супружеских пар, направленных на ЭКО и наблюдавшихся в Центре женского здоровья ГБУЗ СО СГКП № 15 с 2012 г. по 2014 г., распределились следующим образом: первичное бесплодие составляет 38% (20 пар), а вторичное бесплодие – 62% (32 пары). На женское бесплодие приходится 36% (19 пар). Оно в свою очередь делится: на трубно - перитонеальное – 65% (12 женщин) и эндокринное - 35% (7 женщин). На мужское бесплодие приходится – 19 % (9 человек). Сочетанное бесплодие составляет - 42% (22 человека). Диагноз бесплодия неясного генеза был поставлен 2 парам (3%).

Более чем в 60-70% случаев женского бесплодия имеется сочетание двух и более форм.

По данным экспертов ВОЗ, около 14 – 20 % пар во всем мире страдают бесплодием, то есть каждая пятая. При пересчете на общую популяцию это означает, что в мире для 50 – 80 млн. человек - бесплодие является причиной личных страданий и причиной распада семьи. Эта цифра увеличивается с возрастом пар. Вопрос стоит достаточно остро. Потому как уже 15% считается проблемой, которая угрожает демографической ситуации. И сегодня, к сожалению, наблюдается тенденция к увеличению частоты бесплодия в браке.

Подсчитано, что ежегодно появляется около 2 млн. новых бесплодных супружеских пар.

Сложившийся уровень рождаемости в Самарской области в полтора раза меньше требуемого для замещения поколений. Суммарный коэффициент рождаемости в области чуть более 1,5, тогда как для простого воспроизводства населения он должен составлять 2,15.

Возможные ресурсы воспроизводства населения:

1. Увеличение родов, в том числе и повторных
2. Снижение процента невынашивания беременности
3. Сокращение числа абортов
4. ВРТ.

ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) – это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает ЭКО самым эффективным методом лечения бесплодия. В настоящее время во всем мире родилось уже более миллиона детей, каждый год к ним добавляется около 30 тысяч ЭКО-новорожденных. Благодаря этой методике, удалось повысить вероятности наступления беременности почти в 2 раза. Стоит отметить, что в Европе на 1 млн. населения происходит 1,5-2 тыс. случаев ЭКО.

Если в Самарской области удастся создать условия для того, чтобы на всех наших жителей была распространена европейская норма ЭКО, то это повысит рождаемость сразу не менее чем на 10%.

Факторы риска бесплодного брака:

1. Рост экстрагенитальных заболеваний;
2. Рост психических заболеваний, наркомании и алкоголизма;
3. Рост ИППП;
4. Раннее начало половой жизни;
5. Аборты, особенно у первобеременных;
6. Рост заболеваний репродуктивной системы;
7. Рост онкозаболеваний;
8. Осложнения во время беременности и родов.

В Самарской области в 2014 году зарегистрировано 4992 бесплодных женщин, что составляет 9,6 на 1000 женщин. В проведении ВРТ нуждается всего около 3500 человек. Согласно статистическим данным, лишь 50% пар с бесплодием обращается за помощью к врачам. Из них только каждая 4 начинает лечение.

Распространённость бесплодия на 1000 женщин представлена в таблице 1:

Таблица 1

### Распространённость бесплодия на 1000 женщин

	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Российская Федерация	5,9	6,2	6,7
Самарская область	6,6	8,2	9,6
ГБУЗ СО СГКП №15	6,4	8,2	9,7

В 2012 г. в ГБУЗ СО СГКП №15 наблюдалось 314 бесплодных пар, в 2013 г. – 319 пар, а в 2014 г. - уже 337 пар. Т.е., к сожалению, отмечается увеличение количества бесплодных пар.

Нами предложен и осуществляется следующий алгоритм по обследованию и лечению женщин с бесплодием в ГБУЗ СО СГКП №15.

При первом обращении пациентки в женскую консультацию гинеколог проводит беседу с женщиной и гинекологический осмотр, что позволяет предположить возможные причины бесплодия, наметить дальнейшую тактику обследования и лечения. Врач составляет план ведения супружеской пары, в который включены, по показаниям, консультации и лечение у таких специалистов поликлиники, как терапевт, эндокринолог, невролог, гематолог, маммолог, уролог. Так же в поликлинике проводится обследование в отделении функциональной диагностики, в рентгенологическом отделении, в лаборатории.

В некоторых случаях, уже по результатам первичного осмотра возможно направление на консультацию к репродуктологу в СОЦП, для решения вопроса о лечении бесплодия с помощью ЭКО.

В Центре женского здоровья с 2012 г. по 2014 г. 52 бесплодным парам было проведено лечение методом ЭКО в СОЦП за счет средств областного бюджета. Данные по исходам представлены в таблице 2.

таблица 2

#### Исходы лечения методом ЭКО

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Всего за 3 года
Беременность и роды после ЭКО	6	16	18	40
Неудачная попытка ЭКО	2	-	-	2
Самопроизвольный выкидыш	1	-	-	1
Прерывание беременности по мед. показаниям	-	1(впр плода)	-	1
Стоит на учете по беременности	-	-	8	8
Всего	9	17	26	52

Количество осложнений в течении беременности после ВРТ, при переносе одного эмбриона, как правило не превышает количества осложнений в течении беременности без ВРТ или несколько выше. Но количество осложнений в течении беременности после ВРТ возрастает при многоплодной беременности, т.е. необходим перенос одного эмбриона.

Количество экстрагенитальных заболеваний у женщин, направленных на ЭКО, достаточно высоко и составляет 85% (по данным ГБУЗ СО СГКП №15).

В таблице 3. представлены сравнительные данные по экстрагенитальной патологии (ЭГП), зарегистрированной у беременных после ЭКО и в целом по женской консультации:

Таблица 3

#### Сравнительные данные по экстрагенитальной патологии

ЭГП	После ЭКО	По женской консультации

Заболевания сердечно-сосудистой системы	12 - 23%	5,8%
Тромбофилии и коагулопатии	7 – 13,4%	2%
Нарушение жирового обмена	6 – 11,5%	9%
Анемия	6 – 11,5%	13,4%
Заболевания щитовидной железы	4 – 7,7%	3,5%
Заболевания мочеполовой системы	3 – 5,7%	6,7%
Заболевания системы дыхания	3 – 5,7%	3%
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3 – 5,7%	3%
Всего	44 – 85%	62%

Беременные после ЭКО относятся к группе высокого риска по развитию осложнений в течении беременности и перинатальной патологии. Осложнения и исходы беременности после ЭКО в сравнении с беременностями после естественного зачатия (по данным ГБУЗ СО СГКП №15) представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Осложнения и исходы беременности после ЭКО в сравнении с беременностями после естественного зачатия  
(по данным ГБУЗ СО СГКП №15)**

	После ЭКО	По женской консультации
Угрожающий аборт и угроза преждевременных родов	28 (54%)	28%
Маловесный плод	11- 21%	11%
Гестоз	7 - 13%	8,2%
Многоплодие (двойня)	4 - 8%	2%
Плацентарная недостаточность	1 - 2%	2%
Многоводие	1 - 2%	1%
Преждевременные роды	3 - 6%	3,4%
Срочные самопроизвольные роды	9 - 17%	78,1%
Кесарево сечение	38 - 73%	16%
Самопроизвольный выкидыш	1 - 2%	1,5%
Прерывание беременности по медицинским показаниям	1 - 2%	1%

По всем медицинским показателям дети, родившиеся с помощью процедуры ЭКО, по уровню развития, состоянию здоровья ничем не отличаются от детей, зачатых обычным путем. Это доказывают результаты многочисленных исследований.

После ЭКО, по данным ГБУЗ СО СГКП №15 за 3 года (с 2012 г. по 2014 г.) рождено 44 ребенка: в 2012 г. родилось 7 детей, в 2013 г. родилось 17 детей, а в 2014 г. – 20 детей. По группам здоровья дети распределились следующим образом:

Группа здоровья I – 21 ребенок (48%)

Группа здоровья II – 20 детей (46%)

Группа здоровья III – 1 ребенок (2%)

Группа здоровья IV - 2 ребенка (4%)

Чаще всего у детей были выявлены ПП ЦНС ( перинатальные поражения ЦНС) – 7 детей (16%), дакриоцистит – 3 ребенка (7%), анемия – 3 ребенка (7%), недоношенность – 2 ребенка (4%), синдром дыхательных расстройств – 1 ребенок (2%), агенезия левой почки -1 ребенок (2%), гиперинсулинизм – 1 ребенок (2%), синдром пирамидной недостаточности - 1 ребенок (2%).

Данная патология встречается и у детей, рожденных без ЭКО.

В 1 год жизни зарегистрировано 23 здоровых ребенка (52%).

По группам здоровья дети распределились следующим образом:

Группа здоровья I – 23 ребенка (52%)

Группа здоровья II – 18 детей (41%)

Группа здоровья III – 2 ребенка (4%)

Группа здоровья IV - 1 ребенок (2%).

#### **Выводы.**

Проблема бесплодного брака имеет все новые и новые решения благодаря внедрению новых технологий. Даже для пар, страдающих абсолютным бесплодием, сейчас имеется возможность иметь детей.

Эффективность лечения бесплодия колеблется от 30 до 70-80% в зависимости от его причины.

Способами борьбы с бесплодием являются его своевременная профилактика и активная политика государства, направленная на открытие новых центров передовых репродуктивных технологий и возможность бесплатного получения медицинской помощи и препаратов бесплодными парами.

Процедура ЭКО - это все-таки вспомогательная репродуктивная технология, позволяющая в большинстве случаев преодолеть бесплодие, серьезнейшее на сегодня медицинское заболевание. Но не нужно думать, что это основное решение данной проблемы. Предотвратить развитие бесплодия можно, начав заботиться о своем здоровье, мужском и женском, еще с юных лет. Не начинать курить, злоупотреблять алкоголем в 15 лет и не вести беспорядочную половую жизнь, не предохраняясь. Тогда у нас будет прекрасное здоровое поколение.

И проблема бесплодия не будет так остро стоять перед нами.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

*Дорожкин В.К.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают одно из первых мест, в структуре гинекологической заболеваемости и являются основной причиной нарушения трудоспособности и репродуктивной функции женщин. По данным литературы, частота ВЗОМТ составляет 60-65% всех

воспалительных заболеваний женских половых органов, что в определенной мере связано с ростом заболеваемости инфекций передаваемых половым путем (ИППП).

Существующие естественные защитные механизмы, такие как анатомические особенности, местный иммунитет, кислая среда влагалищного содержимого, отсутствие эндокринных нарушений или серьезных экстрагенитальных заболеваний, способны в подавляющем большинстве случаев предотвратить развитие генитальной инфекции.

На инвазию того или иного микроорганизма возникает воспалительный ответ, который исходя из последних концепций развития септического процесса принято называть системным воспалительным ответом.

Данные заболевания возникают преимущественно в молодом возрасте, характеризуются длительным затяжным течением, приводят к развитию стойкого болевого синдрома, расстройствам менструального цикла, нарушениям репродуктивной и сексуальной функций.

Для ВЗОМТ характерно вторичное вовлечение в патологический процесс нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма. Их следствием нередко является развитие тяжелого деформирующего процесса в маточных трубах, обуславливающего трубное бесплодие.

Риск развития ВЗОМТ связан с сексуальной активностью, частотой смены партнера, возрастом, способом контрацепции, инвазивными гинекологическими вмешательствами.

В настоящее время главенствующую роль в формировании ВЗОМТ играет условно-патогенная флора.

Поражение верхних отделов полового тракта при ВЗОМТ в большинстве случаев происходит восходящим путем из влагалища и шейки матки. Инфекция может ограничиваться трубами (сальпингит) или затрагивать также и яичники (сальпингоофорит). Следствием инфекционного поражения является нарушение нормальной структуры репродуктивных органов на макро и микроуровне. Даже незначительный воспалительный процесс может приводить к выраженным функциональным нарушениям. Значительное воспаление, затрагивающее интраперитонеальные структуры, ведет к образованию tuboовариального абсцесса, частыми последствиями которого являются окклюзия маточных труб и развитие спаечного процесса.

Воспалительный процесс может развиваться и в результате активации нормальной эндогенной флоры влагалища, при ослаблении факторов естественной резистентности под воздействием ряда повреждающих агентов окружающей среды, а также после родов, аборт, при использовании внутриматочных контрацептивов.

Важную роль в патогенезе воспалительных процессов в гениталиях играет иммунная система. При хронических рецидивирующих воспалительных заболеваниях возникает состояние вторичного иммунодефицита.

Иммуномодуляторы представляют собой наиболее многочисленную группу лекарственных препаратов различного происхождения и химической природы. К таким лекарственным средствам относится препарат Галавит, противовоспалительное действие которого применяется в клинической практике с 1997 года. Механизм действия препарата связан с его способностью воздействовать на функционально-метаболическую активность фагоцитарных клеток (моноцитов-макрофагов, нейтрофилов, натуральных киллеров). Галавит стимулирует активность нейтрофильных гранулоцитов, усиливая фагоцитоз и повышая неспецифическую резистентность организма к инфекционным заболеваниям.

Одним из наиболее сложных на сегодняшний день остается вопрос эффективности терапии урогенитальных инфекций.

Под нашим наблюдением находились 2 группы больных с ВЗОМТ. Контрольная группа состояла из 20 человек, которая принимала традиционную терапию

Основная группа, состояла из 17 человек, которая дополнительно применяла Галавит.

. Перед назначением лечения пациентки проходили обследование:

-клинический анализ крови для определения тяжести воспалительного процесса;

-общий анализ мочи;

-мазок на ИПП, для исключения специфической инфекции;

-УЗИ органов малого таза, для исключения очаговых и жидкостных образований.

В клиническом анализе крови в обеих группах отмечали лейкоцитоз до 10-11 тыс, ускорение СОЭ 30-40 мм. рт. ст. Проводили антибактериальную

терапию препаратами группы: макролиты, нестероидные противовоспалительные препараты.

С целью профилактики возможных побочных эффектов, пациентки принимали ферментативные и сосудистые препараты (Хилак Форте, Курантил).

Курс лечения составлял 10-12 дней, в дальнейшем проводили физиотерапевтическое лечение. В основной группе пациентки дополнительно принимали препарат Галавит в виде суппозиторий по схеме:

-5 дней ежедневно 1 суппозиторий 100 мг ректально 1 раз в сутки;

-5 дней через 1 день суппозиторий 100 мг ректально 1 раз в сутки;

-5 дней через 2 дня суппозиторий 100 мг ректально 1 раз в сутки;

В процессе лечения проводили мониторинг состояния пациенток. В основной группе отмечали положительную динамику на 2-3 дня раньше, чем в контрольной группе. Это выражалось снижением СОЭ и лейкоцитов, и увеличением количества лимфоцитов, улучшения общего состояния.

Это достигалось за счет иммуномодулирующего и противовоспалительного действия препарата Галавит. При назначении препарата, побочных эффектов не наблюдали.

При анализе сроков и эффективности лечения ВЗОМТ, можно сделать следующие выводы:

-клиническое выздоровление и нормализация лабораторных показателей происходит на 3-4 дня раньше, чем в контрольной группе.

Препарат удобен в применении, отечественного производства с двойным фармакологическим действием.

Таким образом, лечение воспалительных заболеваний органов малого таза, должна быть комплексной, включать лекарственные средства, влияющие на иммунитет и обладающие дополнительным противовоспалительным эффектом.

Необходимость включения иммунокорректоров в комплексную терапию инфекционно-воспалительных заболеваний может быть обоснована следующими положениями: при инфекционном процессе возникают и усиливаются дисфункции иммунной системы; возможности этиотропной терапии ограничены появлением новых и трансформацией известных этиопатогенов, формированием патогенных вирусно-бактериальных ассоциаций и устойчивых штаммов, изменением соотношения между симбиотической и патогенной флорой, возрастанием количества и усилением выраженности различных осложнений основной этиотропной терапии, возрастанием длительности и стоимости лечения.

## **НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В СИСТЕМЕ АТПК. ПЕРСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ**

***В.К. Дорожкин***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

АТПК – это объединение учреждений акушерской, детской и терапевтической сети организованного для четкого взаимодействия акушеров-гинекологов, врачей общей практики и педиатров в целях улучшения перинатальной охраны плода и здоровья будущей матери.

Данная система наблюдения организована в 1987 году еще на базе советского здравоохранения. Для координации работы АТПК создан совет АТПК, во главе зам. главного врача по лечебной работе и заведующих соответствующих отделений (схема 1).

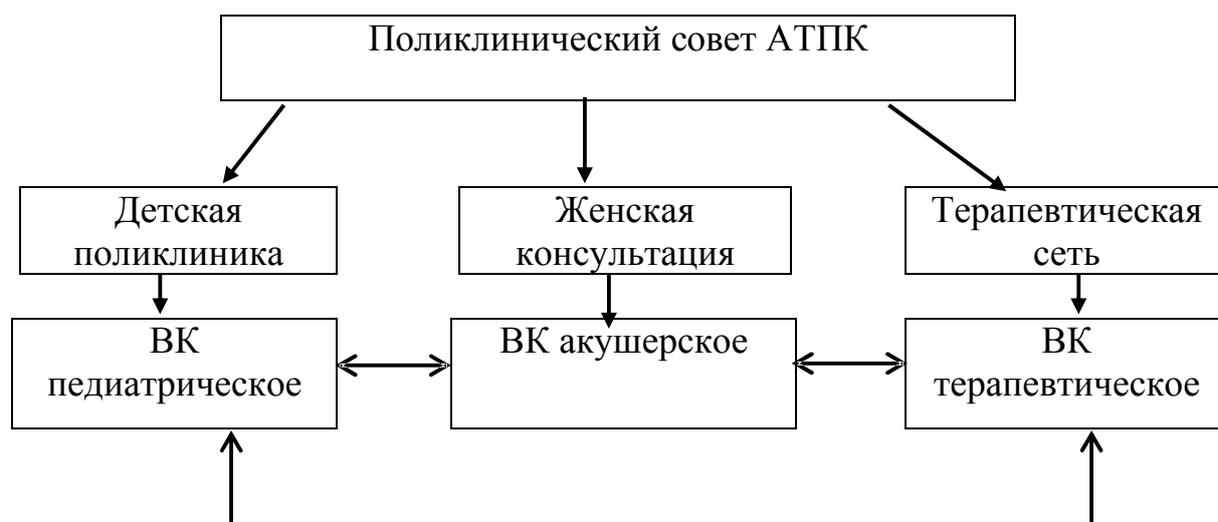


Схема 1. Структура АТПК

Учитывая, что данная система предполагает наблюдение беременных женщин на терапевтическом участке (при первой явке, в динамике и при наличии экстрагенитальной патологией), выявились некоторые слабые стороны данного проекта:

- запаздывание регламентированных приказом МЗ РФ сроков осмотра беременных врачами общей практики;
- при отсутствии участкового врача (временно или постоянно) возникают дискординации в диагностике или лечении экстрагенитальной патологии;
- особенности течения и лечения экстрагенитальной патологии во время беременности не всегда своевременно, учитывается врачами участковой службы;
- контроль качества – затратный по времени, зависит от срока проведения ВК и своевременности информирования врачом совета АТПК.

Эти слабые стороны проекта отразились на основных качественных показателях акушерской службы.

Страдали экстрагенитальной патологией в 1987 году – 27,5% женщин, а в 2015 году этот показатель вырос до 67%. В структуре экстрагенитальной патологии преобладала анемия, которая также стала наблюдаться чаще в настоящее время: к 2000 году – 36% по сравнению с 1987 годом, в котором наблюдалась только у 34 женщин. Это ухудшение здоровья беременных

происходило параллельно уменьшению количества родов с 710 до 456 родов в год.

На фоне изменений происходящих в стране, когда медицина стала страховой, появились новые требования к работе врачей. Поэтому в ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района» после тщательного анализа работы АТПК было решено включить в разработанную ранее систему специально обученного терапевта женской консультации для проведения первичного скрининга беременных и консультации в дневном акушерском стационаре.

Схематично данная система приняла новую конфигурацию.

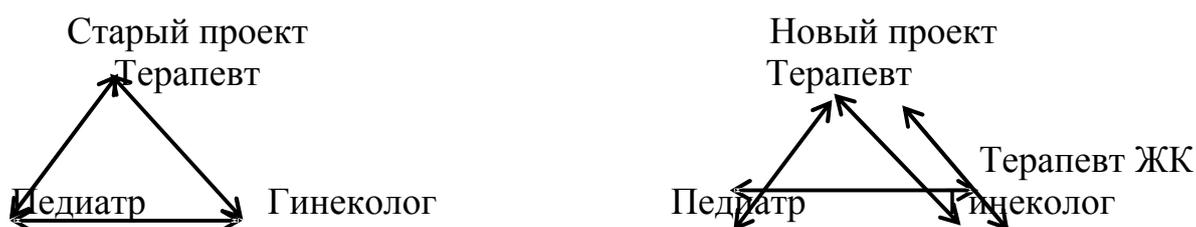


Схема 2. Взаимоотношения специалистов АТПК

Благодаря данному изменению, компоненты необходимые для выполнения любого проекта: мотивация, компетенция, ответственность, - стали основными требованиями к работе медицинского персонала в условиях страховой медицины. Это инновация способствовала сохранению здоровья женщин, отразившись на основных показателях работы АТПК:

- преждевременные роды на уровне 3-3,2%;
- распространенность многие годы на уровне 56-57%;
- анемия 11-12%;
- перинатальная смертность снизилась с 12 до 4-5%.

Показатели женской консультации ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района» на протяжении многих лет опережают таковые по Самарской области и по Российской Федерации.

Анализируя постоянную работу АТПК, можно сделать следующие выводы:

-потенциал АТПК не исчерпал себя в условиях меняющихся принципов финансирования здравоохранения;

-наиболее эффективным наблюдением женщин страдающих экстрагенитальной патологией во время беременности можно добиться сохранения не только должного уровня беременной женщины, но и способствовать появлению новой жизни, не имеющей отклонений в здоровье. Этому способствует неукоснительное исполнение приказа МЗ РФ № 572 от 01.11.2012 года: наблюдение беременной терапевтом женской консультации в течение всей беременности;

-для тесного взаимодействия между акушерской и терапевтической службой догестационная подготовка и послеродовая реабилитация остается обязательной на терапевтических участках.

# **ОСОБЕННОСТИ РИТМОМЕТРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ И ПЛАЦЕНТАРНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ИСТИННОМ ПЕРЕНАШИВАНИИ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЛОНГИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Дорожкин В.К., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Гогель Л.Ю., Белоконова Т.С.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»*

Одной из проблем современного акушерства является ориентация на единичные замеры функциональных показателей, являющихся основой для создания нормативных шкал [1-4]. Однако хронофизиологические исследования доказывают наличие предсказуемых, повторяющихся колебаний в определённом диапазоне нормы и/или отклонениях от неё (Ф.И. Комаров, 2000; Arendt J., 2000). В связи с этим любое исследование, посвящённое изучению временной организации функциональной системы «мать-плацента-плод» на поздних сроках беременности может оказаться полезным для расшифровки механизмов нормального течения беременности и её перенашивания [5-8].

Цель исследования: разработать систему диагностических и лечебных мероприятий у женщин с перенашиванием беременности на основе мониторинга гемодинамических, гормональных показателей сыворотки крови, электролитвыделительной функции почек для оптимизации подготовки к родоразрешению с учётом хронофизиологических особенностей.

Для выявления критериев дифференциальной диагностики истинно переносимой и пролонгированной беременности, выбора оптимальной тактики было проведено: изучение преморбидного фона женщин; определение хронотипа у беременных групп сравнения (утренний, ночной, смешанный) и уровня психологической тревожности; мониторинг в течение 36 часов с 4-х часовыми интервалами времени ЧСС, АД на правой и левой руке, концентрации неконъюгированного эстриола, прогестерона, кортизола, содержания в моче кальция и магния, кардиотокографии, кровотоков в пуповинной и маточной артериях с определением коэффициента синхронизации (типа синхронизации – синхронный, гиперсинхронный, асинхронный) этих показателей, а также уровня функционального состояния (УФС). Организация исследования проводилась в соответствии с установленными правилами Международного общества хронобиологов (1995). Наличие или отсутствие у новорождённого синдрома Беллентайна-Рунге послужило основой для верификации диагноза истинного перенашивания беременности, что позволило сформировать для ретроспективного анализа 3 группы сравнения: I группа – 45 беременных с истинным перенашиванием; II – 38 женщин с физиологической беременностью; III – 37 женщин с физиологической беременностью, закончившейся срочными самопроизвольными родами. Информативность диагностических исследований

оценивалась основными критериями доказательной медицины: чувствительностью, достоверностью, точностью.

На основании выявленной биоритмологической гетерогенности женщин обследованных групп нами разработаны дополнительные дифференциально-диагностические критерии истинного перенашивания и физиологического пролонгирования беременности: коэффициент синхронизации маточного и плодового кровотоков с учётом уровня функционального состояния и коэффициент эстриол/прогестерон с учётом суточной динамики. Коэффициент синхронизации для женщин с истинным перенашиванием соответствует  $1,6 \pm 0,33$ , для женщин с пролонгированием беременности –  $3,27 \pm 0,25$  ( $P < 0,05$ ). Максимальная разница коэффициента эстриол/прогестерон наблюдается в  $8^{\circ}$  ( $1,52 \pm 0,2$  и  $0,57 \pm 0,03$  для женщин с физиологическим пролонгированием и истинным перенашиванием беременности) и  $24^{\circ}$  ( $1,5 \pm 0,1$  и  $0,67 \pm 0,06$  соответственно). Также следует учитывать хронотип беременных, наличие или отсутствие десинхроноза: для истинного перенашивания характерен дневной тип ритмостаза, с преобладанием хронотипа «жаворонки», укорочением времени индивидуального восприятия минуты, инверсией цикла «сон-бодрствование», нарушение ночного сна; для физиологического пролонгирования характерен «переходный» тип ритмостаза и отсутствие десинхроноза.

Чувствительность, специфичность и точность для коэффициента синхронизации составили 93,3%, 76,3% и 85,5% соответственно, для коэффициента эстриол/прогестерон 89,7%, 82,4% и 72,6% соответственно. Кроме того, исследование показало необходимость разработки нового научно-практического направления перинатологии – перинатальной хрономедицины, что позволит повысить качество и достоверность диагностики состояния плода и оптимизировать акушерскую тактику.

Литература:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Рябова С.А., и др. Перинатальная хрономедицина: биоритмостаз плода при неосложненной беременности и плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1467-1470.
2. Тезиков Ю.В., Мельников В.А., Липатов И.С. Новые подходы к ведению беременных женщин с плацентарной недостаточностью // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2010.- №2. - С. 64-67.
3. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Предикторные индексы тяжелых форм хронической плацентарной недостаточности // Медицинский альманах. - 2011. - №6. - С. 60-63.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Дремлюга Н.М. и др. Биоритмологический подход к оценке состояния фетоплацентарного комплекса и новорожденных » // Уральский медицинский журнал. - 2008. - №12. - С. 154-160.
5. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
6. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Рябова С.А. и др. Оценка церебральной гемодинамики плода при плацентарной недостаточности с учетом его суточного биоритмостаза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - Т.15, №4. - С. 42-48.
7. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Плацентарная недостаточность. Монография. Самара: ООО «Офорт», 2014. - 239 с.

8. Стрижаков А.Н., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. и др. Стандартизация диагностики и клиническая классификация хронической плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. - Т. 13, № 3. - С. 5-12.

## **ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Дорожкин В.К., Санталова С. В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Беременность представляет собой физиологический процесс, однако потребности развивающегося плода предъявляют повышенные требования ко всем органам и системам женского организма, начиная с центральной нервной системы и заканчивая опорно-двигательным аппаратом. Изменяются все виды обмена веществ (Э.К. Айламазян, 2000). Во время беременности прогрессивно увеличивается потребление кислорода материнским организмом и растущим плодом. Особые требования (новые требования) предъявляются к сердечно-сосудистой системе:

- возникает физиологическая гиперволемия (ОЦК увеличивается в среднем на 50 % преимущественно за счет ОЦП);
- увеличивается сердечный выброс, МОС;
- наблюдается физиологическая тахикардия;
- возникает плацентарный круг кровообращения.

В связи с такими изменениями, организм беременной женщины должен обладать высокой адаптационной способностью к большой физической нагрузке (роды) и гемодинамическим колебаниям (3 период родов, послеродовой период).

Известно, что в процессе систематических выполнений физических упражнений происходит постепенное совершенствование двигательной деятельности человека и повышение его работоспособности. Под влиянием многократно повторяющейся мышечной работы организм приобретает более мощные энергетические и функциональные резервы и способность к более быстрой и полной мобилизации ресурсов в момент предъявления к нему высоких требований и к более экономному их использованию (В.А. Силуянова, 1977).

Исходя из изложенного, **целью нашего исследования** является определение влияния физической активности на благоприятное течение беременности.

Перспективно обследовано 38 беременных женщин никогда не занимавшихся спортом, 27- занимавшихся спортом только на уроках физкультуры в школе (основная группа) и 31- занимавшихся ранее в секции, которые составили контрольную группу.

**Методами исследования** было анкетирование и данные историй болезни.

Группа исследуемых была репрезентативна женскому населению в масштабах региона и страны. У обследованных был достаточно высокий уровень образования, что свидетельствует о возможности ими адекватно оценивать специальные вопросы анкеты.

### Результаты и обсуждение

В таблице 1 приводятся критерии формирования групп наблюдения и количества женщин.

Таблица 1

Состав беременных женщин с разной физической работоспособностью  
(в % к общему числу беременных)

Физическая работоспособность	Основная группа N=65		Контрольная группа N=31	
	Абс.	%	Абс.	%
Никогда не занимались	38	39.6	0	0
Занимались ранее в секциях	0	0	31	32.3
Занимались только на уроках физкультуры в школе	27	28,1	0	0
ИТОГО	65	67.7	31	32.3

Из представленных данных следует, что беременные женщины, которые никогда не занимались спортом, составляли 39.6%, занимались только на уроках физкультуры- 28,1% и женщины, которые занимались ранее в спортивных секциях, составляли 32.3%.

В результате анализа индивидуальных карт беременной и анкетных данных, выявлено, что беременные основной группы достоверно чаще предъявляли субъективные жалобы на ухудшение самочувствия и общую слабость по сравнению с контрольной – соответственно 15.6% (15 женщин) и 2.1% (2 женщины). Также отмечается, что женщины, занимавшиеся в спортивных секциях, легче переносят такие нагрузки как поднятие по лестнице – спокойно преодолевают три и более этажей, тогда как женщины основной группы после поднятия на 1-2 этажа чувствуют утомление, отдышку. Утомление после домашней работы чаще отмечали женщины основной группы 17,7% против 2,1% в контрольной группе.

Проведенный анализ частоты распространения экстрагенитальных заболеваний у женщин, находившихся под наблюдением, по данным анамнеза (до наступления настоящей беременности) показал, что наибольшая частота регистрации имела анемия, более распространенная у женщин, которые никогда не занимались спором. У женщин, занимавшихся ранее в секции, она встречалась у 14,6% (14 женщин) и у женщин, занимавшихся только на уроках физкультуры в школе, частота встречаемости анемии была немного ниже – 12,5% (12 женщин). У значительной части женщин имелись данные о заболеваниях мочеполовой системы. Наибольшее распространение данных нозологических форм отмечалось у женщин никогда не занимавшихся спортом – у 16,7% (16 женщин) против 8,3% (8 женщин) занимавшихся ранее в спортивных секциях. Также отмечались различия и в структуре поражений

желудочно-кишечного тракта, так если у спортсменок чаще отмечались процессы язвенного характера, то у женщин, не занимавшихся спортом, преобладали хронические воспалительные процессы в области желудка, имелись данные о наличии хронических поражений поджелудочной железы и желчного пузыря. Наибольшая частота нарушений вегетативной нервной системы отмечалась у женщин, которые никогда не занимались спортом 10,4% ( 10 человек) против 3,1% ( 3 женщины) занимавшихся ранее спортом.

В большинстве случаев в исследуемых группах менархе наступало в возрасте 12-14 лет (28.1% в основной и 37.5% в контрольной).

Частота репродуктивной патологии во многом определялась особенностями репродуктивного поведения (частотой медицинских аборт, редким использованием контрацептивных средств). Доля женщин, перенесших медицинский аборт, была в 2,5 раза выше в основной группе.

Женщины основной группы страдали гестозами чаще, чем беременные контрольной (52,3 % против 25,8 %). Угроза прерывания беременности также встречалась чаще среди женщин, не занимавшихся спортом, чем в контроле (53,4 % и 19,7 % соответственно). Проведенная оценка состояния фетоплацентарного комплекса показала, что частота регистрации хронической фетоплацентарной недостаточности была существенно выше у женщин основной группы.

Анализ полученных результатов позволил установить, что степень и частота встречаемости патологии со стороны различных органов и систем прямо пропорциональна уровню физической работоспособности. Кроме того, женщины, не занимавшиеся спортом, изначально чаще имеют клинические признаки нарушенной менструальной функции. Частота осложнений беременности значительно выше в основной группе.

Таким образом, очевидно положительное влияние высокой физической работоспособности на благоприятное течение беременности.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ**

*Дорожкин В.К., Санталова С. В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

В последние годы в стране на фоне снижения рождаемости отмечается увеличение патологических состояний как в период гестации, так и родов, ухудшается состояние здоровья новорожденных. Постоянный рост осложнений гестационного периода и высокая заболеваемость женщин ставит вопросы профилактики осложнений во время беременности в ряд самых актуальных проблем.

В настоящее время предъявляется все меньше требований к физическому состоянию человека. Однако ряд физиологических процессов, без которых невозможно продолжение человеческого рода - беременность и роды, предъявляет к организму женщины повышенные требования именно в плане

физического развития и физической работоспособности. Беременность все чаще рассматривается как особое физиологическое состояние, связанное с повышенной нагрузкой на организм, а некоторые формы патологии беременности расцениваются как синдром дезадаптации и неспособности организма адекватно воспринимать эту повышенную нагрузку. Физиологическая беременность с первых дней сопровождается комплексом динамических системных адаптационно-компенсаторных механизмов организма, направленных на поддержание гомеостаза в изменившихся условиях и обеспечение нормального развития плода.

Несмотря на значительные достижения в изучении этиологии и патогенеза акушерской патологии, принципов ее формирования, по-прежнему остаются нерешенными многие вопросы влияния уровня физической работоспособности женщины, в частности аэробной производительности на течение беременности. Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования стало изучение течения беременности у женщин с различным уровнем физической работоспособности.

Исследование выполнялось проспективно, слепым методом. В исследуемую группу включались все женщины, вставшие на учет по беременности в сроках 9-13 недель. Исключались действующие спортсменки и женщины, имеющие экстрагенитальную и генитальную патологию. Группы сравнения формировались на основании признака – уровень физической работоспособности. Расчет уровня физической работоспособности и разделение на группы проводилось после завершения беременности. В процессе наблюдения данные о принадлежности женщины к определенной группе были не известны.

Для определения уровня физической работоспособности использовали модифицированный Гарвардский тест – восхождение на ступеньку. Модификация заключалась в сокращении времени восхождения с 5<sup>ми</sup> до 3<sup>х</sup> минут, снижение темпа восхождений до 20 в минуту и уменьшения высоты ступеньки до 23 см (в оригинальном варианте теста 46 см). Учитывались значения исходного пульса и артериального давления. Расчет интегрального показателя физической работоспособности определялся по следующей формуле:

$$\text{ИГСТ} = \frac{t * 100}{(f1+f2+f3)*2}, \text{ где}$$

t – время восхождения;

f1+ f2+f3 - сумма пульса в конце 2, 3 и 4 минуты восстановления за 30 сек.

Всего исследовано 59 беременных. После окончания наблюдения все исследованные были разделены на 3 группы в соответствии с результатами тестирования. Разделение проводилось на основании анализа частотного распределения признака. Группы формировались по правой границе диапазона,

в котором достигнута наибольшая разница частот встречаемости признака. В первую группу вошли женщины, имеющие интегральный показатель 55 и менее, что расценивалось как низкий уровень физической работоспособности, всего 26 человек. Вторую группу составили 14 человек, уровень работоспособности которых был средним (интегральный показатель 56-69) и в третью группу вошли 15 женщин с уровнем работоспособности выше среднего уровня (интегральный показатель 70 и более).

Распределение признака интегрального показателя работоспособности было асимметричным со сдвигом влево и более сглаженным, чем при нормальном распределении, поэтому при статистическом анализе применялись непараметрические критерии оценки достоверности различий. При парных сравнениях использовали критерий Манна-Уитни, для групповых сравнений – критерий Краскела-Уоллиса. Минимальный допустимый уровень ошибки считали 5%, уровень значимости отрицания нулевой гипотезы составлял не менее 95%, сравнение производили с табличными значениями показателя критерия при соответствующем числе степеней свободы.

В результате анализа данных индивидуальных карт беременных, выявлено, что женщины первой группы (низкий уровень физического развития) достоверно чаще предъявляли субъективные жалобы на ухудшение самочувствия и общую слабость по сравнению с беременными женщинами второй и третьей групп - соответственно 6,6% в первой группе, 7,1% - во второй и 26,9 %, в третьей ( $p < 0,05$ ).

Изучение характера течения беременности ранних сроков не выявило достоверных различий между исследуемыми группами. Достоверные различия в частоте встречаемости определены в отношении такого осложнения течения гестационного процесса как гестоз.

Анализ частоты встречаемости гестоза в исследуемых группах показал, что у женщин третьей группы гестоз легкой степени встречался в 13,3% (2 беременных), а у женщин первой группы (низкий уровень работоспособности) частота регистрации симптомов гестоза была достоверно выше 34,6% (9 беременных) ( $p < 0,05$ ). Особенностью клинического течения гестозов у женщин первой и второй групп было преобладание моносимптомных вариантов над типичной триадой симптомов, а также доминирование в симптоматике отеков и протеинурии при умеренной гипертензии. Характерным явилось развитие патологической картины гестоза во втором триместре беременности (до 28 недель) и длительное их течение. Кроме того, отмечалась резистентность к проводимой терапии при превалировании относительно нетяжелых, вялотекущих форм. У женщин третьей группы гестозы протекали в типичных формах и возникали в более поздние сроки гестации (после 34 недель). Медикаментозная коррекция патологических отклонений у них была значительно эффективнее.

Для изучения степени дезадаптации сосудистой системы на уровне микроциркуляторного русла проводилось исследование сосудов конъюнктивы методом биомикроскопии с использованием щелевой лампы. Оценивались

такие показатели как наличие сосудистого спазма, характер течения крови, количество функционирующих капилляров.

В результате обнаружено, что умеренный сосудистый спазм в артериальном русле одинаково часто регистрировался во всех группах женщин, спазм венозных сосудов достоверно чаще встречался в первой группе. Нарушения тока крови в виде агрегации форменных элементов в два раза более часто регистрировалось в первой группе в сравнении с третьей, а такие формы как микротромбы, запустевание участков сосудистого русла в третьей группе даже при наличии клинической картины гестоза не наблюдалось.

Таким образом, гестозы как проявление дезадаптации организма беременной возникали чаще в первой группе, а сниженная резистентность организма обуславливала более раннее начало, вялотекущее, моносимптомное течение процесса, резистентное к проводимой терапии. У женщин третьей группы, имеющих высокий уровень работоспособности, «срыв адаптации к беременности» и развитие гестоза регистрировалось достоверно реже, в более поздние сроки при разворачивании классической клинической картины.

Следовательно, повышение роли физической культуры в обществе является перспективным направлением улучшения состояния здоровья матери и ребенка.

## **КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ МАТКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ УШИВАНИЯ И ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

*Дорожкин В.К., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Гордеева Е.В.,  
Кутузова О.А., Бренерова О.В., Меркулова В.И.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»*

Для разработки лабораторно-инструментальных критериев контроля регенераторных процессов в матке в критические первые 10 суток после операции кесарево сечение обследовано 75 родильниц с «низким» риском реализации гнойно-септической патологии. Родильницы были разделены на 2 группы: I группу составили 38 женщин, которым ушивание раны матки проводилось кетгутовой нитью двухрядным швом с последующей перитонизацией; II группу составили 37 женщин, которым ушивание проводилось синтетической нитью (викрил) однорядным швом с последующей перитонизацией. Все женщины были первобеременными, первородящими и родоразрешены в плановом порядке в сроке 38-41 неделя беременности по сочетанным показаниям.

В процессе оценки течения послеоперационного периода отмечено, что у всех родильниц из обеих групп происходило физиологическое сокращение матки с достоверным ( $P < 0,05$ ) уменьшением всех ее размеров при УЗИ на 3-и и 7-е сутки после операции. Анализ динамики изменений размеров швов на 3-и и 7-е сутки также показал их достоверное уменьшение ( $P < 0,05$ ) в обеих группах. Однако при сравнении как размеров матки, так и размеров швов у родильниц II группы по сравнению с I группой выявлены достоверные отличия ( $P < 0,05$ ), что объясняется нами разницей в шовном материале (кетгут, СШМ), в технике ушивания разреза на матке (двухрядный и однорядный шов), реакцией ткани матки на различный шовный материал, что согласуется с данными ряда исследователей [1-5], свидетельствующими о более длительном течении воспалительной стадии раневого процесса при использовании кетгута [6-8]. Данные об индексе резистентности (ИР) и систоло-диастолическом индексе (СДИ) показали разную направленность показателей кровотока в маточных артериях. Так, при относительной стабильности ИР и СДИ у родильниц II группы, у женщин I группы отмечено достоверное снижение этих показателей с 3-х по 7-е сутки ( $P < 0,05$ ).

Более детально процессы, протекающие в очаге регенерации, можно оценить при динамическом изучении клеточного состава аспирата из области раны матки. Так, у I группы родильниц цитологический тип мазка на 3-и сутки соответствовал воспалительному с переходом на 7-е сутки в воспалительно-регенераторный тип. Цитограмма метроаспирата во второй группе родильниц носила на 3-и сутки воспалительно-регенераторный характер, а на 7-е сутки выраженный регенераторный характер.

Уровень белка в метроаспирате из области послеоперационной раны у родильниц I группы достоверно снижался, составляя в среднем  $36,3 \pm 1$  г/л на 3-и сутки и  $28,7 \pm 0,9$  г/л на 7-е сутки ( $P < 0,05$ ), при этом белковый индекс составил от  $1,92 \pm 0,02$  до  $2,51 \pm 0,03$  ( $P < 0,05$ ) соответственно. У родильниц II группы имелась достоверно обратная динамика данных показателей. Так, содержание белка в аспирате увеличилось с  $33,2 \pm 1,0$  г/л до  $40,4 \pm 0,7$  г/л ( $P < 0,05$ ), при этом белковый индекс достоверно уменьшился с  $1,88 \pm 0,02$  до  $1,64 \pm 0,02$  ( $P < 0,05$ ). Следовательно, достоверные различия вышеуказанных показателей в аспирате из области послеоперационной раны матки, ушитой с использованием разной техники и разного шовного материала, с различной направленностью их изменений свидетельствуют об отличиях в темпах и характере заживления раны и о высокой диагностической чувствительности этих тестов при оценке течения регенераторных процессов. Показатели ЛИИ в группах сравнения имели общую направленность в динамике от 3-х суток к 7-м суткам послеоперационного периода, свидетельствовали об отсутствии выраженных системных реакций на операционную травму и отсутствии воспаления.

Полученные результаты показывают, что, при практически идентичных акушерских ситуациях перед операцией кесарева сечения, минимальном риске инфекционных осложнений и благоприятном течении послеоперационного периода, оценочные критерии характера заживления послеоперационного

разреза на матке имеют достоверные отличия и разнонаправленную динамику у женщин с различной техникой ушивания матки и различным шовным материалом, принципиально отличающимся по своим биофизикохимическим свойствам.

Литература:

1. Липатов И.С., Купаев И.А., Бабкин С.М., Якимова Н.А. Способ диагностики сосудистых нарушений у беременных на раннем этапе развития патологического течения гестации: патент РФ на изобретение №2061960, приоритет от 01.03.1994. Бюл. Изобретения. 16: 259.
2. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Рябова С.А., Табельская Т.В. Способ диагностики хронической гипоксии плода: патент РФ на изобретение №2557904, приоритет от 24.10.2014. Изобретения. Полезные модели. 21-2015, 27.07.2015.
3. Мельников В.А., Купаев И.А., Липатов И.С. Противососудистые антитела у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью // Акушерство и гинекология. - 1992. - №3-7. - С. 19.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Есартя М.А. и др. Становление лактации у женщин с плацентарной недостаточностью и новые подходы к лечению гипогалактии // Уральский медицинский журнал. - 2010. - №3 (68). - С. 42-48.
5. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
6. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Санталова Г.В. и др. Прогнозирование внутриутробного инфицирования плода у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2009. - №4. - С. 38-41.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1.- С. 35.
8. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Прогностическая значимость методов диагностики плацентарной недостаточности и состояния плода // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №3 (57). - С. 33-40.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА ДОСРОЧНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

***Дорожкин В.К., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Родкина Ю.М.,  
Жернакова Е.В., Бренерова О.В.***

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»

В патогенезе угрозы преждевременных родов важное значение играет нарушение активности центров регуляции вегетативных функций, что проявляется в изменении взаимоотношений между симпатическим и парасимпатическим отделами нервной системы [1, 2, 3]. Универсальной основой всех без исключения биологических объектов является временная

упорядоченность функциональных и морфологических характеристик, представленная комплексом биоритмов, находящихся в различных фазовых взаимоотношениях [4, 5]. Именно поэтому изучение функциональной активности вегетативной нервной системы при угрозе преждевременных родов с ритмометрических позиций более значимо, чем однократное определение вегетативного обеспечения.

Целью настоящего исследования явилось комплексная оценка функционального состояния вегетативной нервной системы с биоритмологических позиций у беременных с угрозой преждевременных родов (УПР) для оптимизации акушерской тактики.

В первые три дня от момента поступления были обследованы 88 женщин в третьем триместре гестации, которые составили 2 группы сравнения: I (основная) – 57 женщин с УПР; II (контрольная) – 31 женщина с физиологически протекающей беременностью. Группы были сопоставимы по возрасту, паритету, анамнезу.

Для определения активности вегетативной нервной системы (ВНС) использовалась методика кардиоинтервалографии аппаратом «Ритмокардиомонитор ЭЛОН – 001». Запись производилась во II стандартном отделении. Длительность записи R-R интервала составила не менее 100 кардиоциклов. Рассчитывали следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, индекс Баевского. Мониторинг вегетативного обеспечения проводился в соответствии с рекомендациями Международного общества хронобиологов в течение 36 часов с интервалом в 4 часа, математическая обработка полученных данных осуществлялась по Р.М. Баевскому (1994). В зависимости от функционального состояния ВНС выделяли три варианта гистограмм: ваготоничные, нормотоничные, симпатикотоничные.

Результаты исследования показали, что беременные с УПР по биологическим ритмам являются гетерогенной группой с преобладанием ваготонии в вечерние и утренние часы. Для физиологического течения беременности характерно преобладание сбалансированного типа вегетативного обеспечения (нормотония). Кардиоинтервалография является методом выбора для суточного мониторинга вегетативного обеспечения у беременных с УПР, позволяющим быстро выбрать индивидуальную тактику ведения женщины с данной патологией и оценивать эффективность проводимой терапии. Исследование актуализирует необходимость разработки персонифицированных путей коррекции вегетативных нарушений с учетом особенностей биоритмов.

Литература:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Рябова С.А., и др. Перинатальная хрономедицина: биоритмостаз плода при неосложненной беременности и плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1467-1470.
2. Кравченко Ю.Л., Липатов И.С., Данилова Н.Н. и др. Аспекты профилактики социальных и экологических факторов риска перинатальной смертности в условиях городской клинической больницы крупного промышленного города // Человек и Вселенная. - 2006. - Т.56, №3. - С. 119-132.

3. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Санталова Г.В. и др. Прикладные аспекты иммунологической толерантности в системе «мать-плод» // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №10 (64). - С. 121-128.
4. Потапова И.А., Пурьгин П.П., Липатов И.С. и др. Синтез и биологическая активность алифатических и ароматических сульфокислот // Химико-фармацевтический журнал. - 2001. - Т.35, №11. - С. 5.
5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Дремлюга Н.М. и др. Биоритмологический подход к оценке состояния фетоплацентарного комплекса и новорожденных » // Уральский медицинский журнал. - 2008. - №12. - С. 154-160.

## **ОСОБЕННОСТИ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНЫХ СОСУДОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

***Жидков Д.А., Ушакова С.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий детям и подросткам представляет особый раздел работы, при этом в отличие от взрослого контингента большее значение у детей имеет оценка состояния позвоночных артерий и вен. Патология позвоночных артерий (ПА) в определенных условиях может способствовать или быть непосредственной причиной как хронических, так и острых форм нарушения мозгового кровообращения. Кроме того, по особенностям кровотока можно косвенно судить о состоянии шейного отдела позвоночника.

В ГБУЗ СО СГКП №15 доплеровские исследования проводятся с 1998 года. До настоящего времени выполнено более 26000 доплеровских исследований брахиоцефальных сосудов, при этом доля исследований брахиоцефальных сосудов составляет стабильно около 40% от всех исследований сосудов разных бассейнов. В 2015г. ультразвуковое триплексное сканирование проведено 256 детям и подросткам в возрасте от первого года жизни до 17 лет, исследования осуществлялись на сканерах GE Vivid-3, Medison X8, Medison Eko7, GE Logiq P5.

Технические возможности аппаратуры в отношении исследования сосудов мозга последнее десятилетие изменились не существенно, не претерпели сколь-нибудь и методические аспекты доплеровских исследований, однако в педиатрической ультразвуковой практике есть некоторые особенности. Представления о патофизиологических механизмах цереброваскулярной патологии постоянно обновляются и дополняются. С приобретением определенного опыта у врача, проводящего доплеровские исследования, появляются вопросы, на которые зачастую в доступной литературе ответ найти затруднительно. Для исследований в педиатрии это справедливо еще в большей степени.

В настоящее время стандарт исследования сосудов в ультразвуковой педиатрической практике предусматривает оценку анатомических структур изучаемого сосудистого сегмента, кровотока в разных режимах с определением количественных и качественных показателей локальной и системной

гемодинамики. В стандартном исследовании нами использовались такие количественные показатели, как пиковая систолическая, средняя скорости кровотока, резистивный индекс (RI). В отдельных ситуациях по показаниям проводились расчет объемных показателей кровотока, оценка цереброваскулярной реактивности и пробы с провокацией экстравазальной компрессии (поворотные пробы).

При неизменном шейном отделе позвоночника ПА имеют ровный ход, стабильный диаметр, полное заполнение цветом в режиме ЦДК, чистый звуковой сигнал и нормальные качественные и количественные характеристики доплерограммы.

На состояние позвоночного кровотока у детей могут оказывать влияние многие факторы:

- особенности строения сосудистой системы, диаметр артерий,
- аномалии хода сосудов,
- аномалии строения и нестабильность шейного отдела позвоночника,
- системные сосудистые нарушения,
- кардиальная патология (клапанные нарушения, пороки, сопровождающиеся снижением сердечного выброса и значительной регургитацией).
- перинатальные нарушения мозговой гемодинамики,
- повышение давления в ликворной системе мозга...

Показаниями для проведения доплерографии позвоночных сосудов у детей являлись перинатальное поражение ЦНС, преходящие нарушения мозгового кровообращения, клиника вертебробазиллярной недостаточности, синкопальные состояния, судорожные состояния неясного генеза, цефалгии, головокружения, прогрессирующая миопия, системные сосудистые заболевания, дисплазия церебральных сосудов, аномалии развития шейного отдела позвоночника, травмы шеи, врожденные пороки сердца и крупных сосудов.

Среди сужений ПА выделялись два варианта – гипоплазия (диаметр менее 2 мм) и малый диаметр (менее 2,5 мм общепринято, менее 3 мм по другим данным). По нашему мнению, диаметр ПА 2,5-3,0 мм неправомерно считать малым, ибо кровоток в таком сосуде изменяется незначительно. В нашем наблюдении выявлено 7 случаев гипоплазии (2,7%), 16 – ПА малого диаметра (6,3%). Во всех случаях разница скоростей на уровне второго сегмента составляла более 30%, что считается значимой асимметрией. Значимым считалось снижение объемного кровотока в артерии менее 30-40 мл/мин. Но даже при гипоплазии асимметрия вертебрального кровотока может не иметь клинического значения, так как общий объемный кровоток будет нормальным за счет как правило дилатированной доминантной ПА, что было во всех наших исследованиях. Предполагать, что асимметрия кровотока с относительным дефицитом с одной стороны может сказаться на мозговой гемодинамике в целом, на наш взгляд неверно. Механизмы компенсации внутримозговой гемодинамики чрезвычайно разнообразны и тонки, реализация их не доступна в большинстве случаев глазу исследователя. Фактом является то, что при определении состояния кровотока на уровне IV сегмента у таких

детей средние скорости имеют гораздо меньшую разницу, чем в экстракраниальном сегменте. Поэтому делать выводы о значимом дефиците кровотока в ПА при локации только на уровне экстракраниального сегмента следует с осторожностью.

Спорным является интерпретация значимости артериальных деформаций. В отличие от взрослых пациентов, у которых извитости сосудов чаще возникают при артериальной гипертензии и имеют компенсаторный характер для сглаживания избыточных пульсовых колебаний давления в зоне максимального гемодинамического удара, у детей деформации, не связанные с приобретенным поражением в шейном отделе позвоночника, являются врожденными. Говорить о гемодинамической значимости изменения хода артерий можно не столько на основании существенного изменения потока в месте деформации, сколько по наличию редукции кровотока дистальнее измененного сосуда. Деформации сосудов в первом сегменте были выявлены у 22 детей (8,5%), из них гемодинамически значимыми оказались 3 случая.

Патология шейного отдела позвоночника в плане приложения наших исследований сосудов представляется наиболее интересной, и поиск связи изменения кровотока с поражением является главной целью направлений на доплерографические исследования ПА. Основным проявлением данного состояния является неровность хода ПА во втором сегменте, локальные перепады скоростей кровотока, связанные с компрессией артерий, и повышение периферического сосудистого сопротивления, что выражается увеличением резистивного индекса (RI). Считается, что в норме RI составляет 0,6 – 0,79 (у недоношенных детей до 0,81), о нарушении позвоночного кровообращения на шейном уровне принято говорить при увеличении RI. Многие исследователи описывают повышение RI как спазм артерии. Правомочно ли данное утверждение? На данный момент нет единого мнения на эту тему. Дело в том, что в наших исследованиях более половины детей разных возрастов, в том числе подростки старше 12 лет, имели более высокие цифры RI, не сопровождающиеся клиническими проявлениями. К тому же, следует помнить, что значение RI четко связано с уровнем локации ПА и уменьшается от проксимального сегмента к дистальному. Так, при измерении на уровне I сегмента RI составлять 0,85, в средней части второго сегмента – 0,7, а в третьем сегменте – 0,6.

Клинические проявления у детей и подростков могут проявляться в форме компрессионно-ирритативного синдрома позвоночной артерии и в форме рефлекторного ангиоспастического синдрома. Компрессионно-ирритативная форма синдрома возникает вследствие механической компрессии позвоночной артерии. В результате имеет место раздражение ее эфферентных симпатических образований с нарушением вертебробазилярного кровотока и ишемией мозговых структур. Компримироваться артерия может в канале поперечных отростков, в месте выхода из канала поперечных отростков (компрессия артерии возникает при аномалиях верхних шейных позвонков, возможно прижатие артерии к суставу C1-C2 спазмированной нижней косой мышцей головы). Значимые перепады скоростей на разных уровнях

наблюдались у 29 детей (11%), максимальная систолическая скорость при деформации ПА на уровне второго сегмента составила 230 см/сек, максимальная систолическая скорость при компрессии на уровне третьего сегмента – 280 см/сек. У 40 детей и подростков проведены поворотные пробы, провоцирующие компрессию ПА в третьем сегменте. Пробы оказались положительными у 5 детей (12,5%), при этом разница скоростей в сравнении с исходными значениями составляла от 50% до 220%. Увеличение показателей кровотока в третьем сегменте ПА при компрессии сопровождалось резким снижением его во втором сегменте. При этом резистивный индекс на уровне компрессии имел разные значения, в том числе до 1,0 (рис.1).

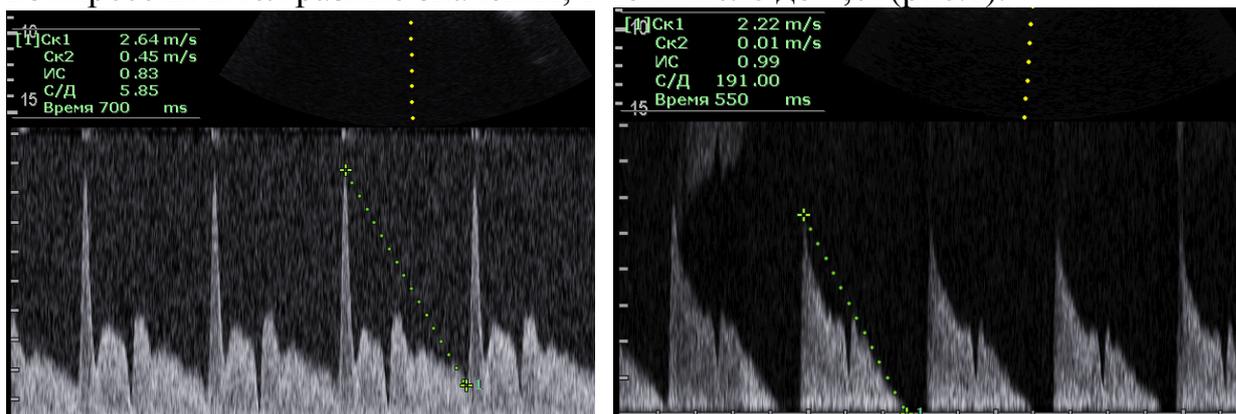


Рис 1. Варианты изменения спектра кровотока при компрессии позвоночных артерий в третьем сегменте

У 11 детей от 1 года до 8 лет наблюдалось преходящее изменение RI при локации в одной точке артерии без проведения поворотных проб (в случае максимальной динамики цифры менялись от 0,65 до 0,9). В этих наблюдениях в заключении делался вывод о наличии рефлекторного ангиоспастического синдрома.

Если обнаруживаются стойкие высокие цифры RI, особенно в сочетании с уменьшением диаметра артерий, можно предполагать влияние данных изменений на состояние структур позвоночно-двигательных сегментов. Дело в том, что от позвоночной артерии отходят ветви, участвующие в формировании синувентрального нерва, который иннервирует капсульно-связочный аппарат шейных ПДС, надкостницу позвонков и межпозвоночные диски. Этот момент может иметь значение применительно к нарушениям развития детей первого года жизни.

Считается, что расширение желудочковой системы влияет на показатели доплерограммы путем увеличения RI. Однако заблуждением является мнение, что по результатам доплерографии можно говорить о повышении внутричерепного давления.

В отдельных случаях исследования ПА проводились у подростков с артериальной гипертензией. Утверждение, что доплеровское исследование поможет в установлении причины артериальной гипертензии, относится к разряду мифов – значимой патологии позвоночных артерий и вен выявлено не было.

В отличие от ПА, количественная оценка оттока по позвоночным венам затруднена из-за их строения. Считается, что позвоночные вены в норме в горизонтальном положении больного лоцировать нельзя. Однако, качество визуализации позвоночных вен у детей в наших наблюдениях не страдало. За норму принималось значение диаметра ПВ менее 4 мм. При увеличении диаметра ПВ более 4 мм в сочетании с увеличением скоростей кровотока в заключении предполагалось нарушение венозного оттока. Такие случаи составили 6% от общего количества исследований. Однако с помощью доплерографии генез данного состояния и механизм осуществления не могут быть определены. К тому же не изучены и не представлены возрастные вариации нормального венозного кровотока. Поэтому, если при диагностике артериальных нарушений мы можем достоверную информацию, то о венозной вертебральной дисфункции на данный момент говорить можно только предположительно.

#### **Заключение.**

1. Ультразвуковое сканирование сосудов вертебро-базилярного бассейна в амбулаторной практике – высокоинформативный метод диагностики у детей разных возрастов и подростков.
2. Подход к выявленной патологии позвоночных артерий и вен должен быть дифференцированным с точки зрения гемодинамической значимости и особенностей клинических проявлений. Изменения кровотока далеко не всегда свидетельствуют о заболевании, а чаще являются возрастной особенностью.
3. Отдельные состояния, не являющиеся клинически значимыми в детском возрасте, могут проявиться позднее разными вариантами нарушениями мозгового кровотока, и требуют динамического наблюдения в старших возрастных периодах.

## **РАЗВИТИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Захарова Н. О., Николаева А.В., Курмаев Д.П., Тренева Е. В.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Для Самарской области характерны общероссийские демографические тенденции постарения населения. Увеличивается абсолютная численность лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей, что следует учитывать при планировании медико-социальной помощи.

Общее число населения Самарской области составляет 3 211 187 человек в 2014 году. В 2014 году в Самарской области проживало 1 468 223 мужчин (45,72%) и 1 742 964 (54,28%) женщин.

Лица старше 60 лет составляют 21,03% в общей структуре населения Самарской области за 2014 год, из них 233 079 мужчин (34,51%) и 442 348 (65,49%) женщин. Таким образом, среди лиц старше трудоспособного возраста преобладают женщины (65,49%) по сравнению с мужчинами (34,51%). Кроме

того, с увеличением возраста доля женщин увеличивается. Эта тенденция объясняется более высокой средней продолжительностью женщин по сравнению с мужчинами.

Темпы прироста коррелируют с возрастом групп населения. Так, с 2013 г. по 2014 г. численность пожилых увеличилась с 469 798 до 472 490 человек (на 0,57%); численность старых увеличилась с 184 982 до 195 126 человек (на 5,48%); численность долгожителей увеличилась с 6 815 до 7 811 человек (на 14,61%); численность сверхдолгожителей увеличилась с 212 до 249 человек (на 17,45%). Самарская область характеризуется высоким индексом долгожительства (1,16%), сравнимым с кавказскими регионами Российской Федерации.

Актуальность совершенствования гериатрической службы является очевидной. Среди медицинских проблем особое место занимают: остеопороз и его последствия, тугоухость и слепота, нарушения мочеиспускания, деменция и другие.

Перечисленные выше специфические медицинские проблемы пожилого возраста, как правило, ложатся на комплекс патологий, свойственных людям более молодого возраста: гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет. В лечении этих заболеваний уже накоплены определенные традиции использования более или менее эффективных лекарственных средств, отработаны показания к госпитализации или амбулаторно-поликлиническому лечению, имеются критерии эффективности лечения этих заболеваний. Но широкому кругу медицинских работников уже сейчас становится понятным, что качество жизни больных пожилого возраста при применении даже хорошо изученных схем лечения распространенных сосудистых заболеваний, в большинстве случаев продолжает оставаться крайне низким.

Решить эти проблемы поможет хорошо отлаженная гериатрическая служба, обеспечивающая гериатрическую помощь.

Гериатрическая помощь - долговременная медико-социальная помощь больным пожилого возраста, страдающим хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию. Такое определение позволяет четко обозначить своеобразие или специализацию гериатрических учреждений в традиционной системе учреждений здравоохранения. Кроме того, неотъемлемым является право больного пожилого возраста на получение всех видов медицинской помощи, например, хирургической, урологической, кардиологической в случаях острых заболеваний в любом учреждении здравоохранения без дискриминации по возрастному критерию.

Важной составляющей гериатрической помощи является комплексная гериатрическая оценка. Врач-гериатр должен принимать решение на основании объективных методов исследования, состоящих из ряда позиций, объединенных общим термином "гериатрическая оценка пациента". В настоящее время в России еще не накоплен опыт использования "гериатрической оценки пациента" как метода, позволяющего определить цели и задачи гериатрической помощи данному конкретному больному пожилого возраста.

При поддержке Министерства здравоохранения Самарской области в Самаре в 2015 году создано ГБУЗ СО «Самарская клиническая гериатрическая больница», оказывающая специализированную гериатрическую помощь населению Самары в тесном сотрудничестве с кафедрами гериатрии, факультетской терапии, психотерапии ГБОУ ВПО «СамГМУ Минздрава России» и поликлиниками г.о. Самара.

Важным аспектом этого сотрудничества является внедрение инновационных технологий в гериатрии, которые направлены на повышение качества оказания медицинской помощи лицам старших возрастных групп и повышения качества их жизни.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЛИЦ РАБОТОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

*Зацепин А.С., Ларина Т.А., Зацепина М.А.*

*ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по Самарской области»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России,  
ГБУЗ СО «Самарская клиническая гериатрическая больница»*

Практическим врачам нередко приходится лечить больных с сочетанием нескольких заболеваний одной и той же системы и/или органов. Такие ситуации встречаются достаточно часто, что обусловлено высокой распространенностью многих заболеваний и порой их достаточно тесными патогенетическими взаимосвязями. При этом каждое из заболеваний может маскировать или изменять клинические проявления другого или даже отягощать его течение. Сочетанная патология практически всегда реально создает новую клиническую ситуацию, требующую обязательного учета ее особенностей, как при диагностике, так и при выборе в ходе лечения необходимых медикаментозных средств; при этом порой препарат, эффективный при одном заболевании, может привести даже к существенному ухудшению сопутствующей патологии.

Из всех систем органов человеческого организма именно для пищеварительной наиболее характерна самая частая встречаемость сочетанных ее поражений. О важности этой проблемы для гастроэнтерологии еще в конце прошлого столетия много было сказано таким великим отечественным клиницистом-методологом и организатором здравоохранения, как Ф.И. Комаров, а также его многочисленными учениками не одного поколения. Еще в 1983 г. Ф.И. Комаров, В.А. Галкин в соавторстве с другими своими сподвижниками в качестве итога накопившихся своих теоретических и практических воззрений по вышеуказанному вопросу издали очень интересную и значимую для повседневной деятельности врачей-терапевтов монографию с

необычным для того времени названием «Сочетанные заболевания органов дуоденохоледохопанкреатической зоны».

По мнению данных авторов, в системе пищеварения как раз органы дуоденохоледохопанкреатической зоны представляют собой самую чрезвычайно хорошо скоординированную систему и, как следствие, именно они наиболее склонны к сочетанному своему поражению. Центральная же роль в качестве инициатора и катализатора последующего развития патологического каскада из болезней пищеварения обоснованно отдавалась ими такому достаточно частому заболеванию, как дуоденит.

Двенадцатиперстная кишка, кроме того, что она находится на стыке векторов функциональной активности целого ряда органов системы пищеварения, представляет собой один из наиболее гормонально-активных органов. В слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки вырабатывается целый спектр биологически активных веществ, имеющих чрезвычайно очень многообразную направленность своего действия: соматостатин, вазоактивный кишечный полипептид (ВИП), гастрин, бомбезин, серотонин-мелатонин, субстанция P, мотилин, секретин, холецистокинин, желудочный тормозной пептид (ГИП), энтероглукагон. Все это приводит к тому, что появление патологии двенадцатиперстной кишки почти всегда рано или поздно реально сказывается на функционировании других органов пищеварения. Ю.П. Успенский, также являясь учеником Ф.И. Комарова, в 2005 г. опубликовал свои клинические наблюдения по обсуждаемому нами вопросу в виде журнальной статьи, сделав в ней упор уже на особенностях и проблемах лечения указанной категории лиц: «Проблема сочетанной патологии в клинике гастроэнтерологии: возможности преодоления полипрагмазии».

Применительно к нашему времени, в своем исследовании мы поставили задачей попытаться оценить степень актуальности такой гастроэнтерологической патологии, как сочетанные заболевания органов пищеварения. При этом рассматривался контингент лиц трудоспособного возраста в диапазоне 20-55 лет; тогда как по общепринятому уже мнению считается, что данная проблема патологии органов пищеварения как раз более характерна скорее для пациентов пожилого или старческого возраста.

Материалом для изучения нам послужили результаты проведенного медицинского освидетельствования за 2014 г. у вновь поступающих на службу в МВД и у сотрудников МВД (которые подлежат обязательному освидетельствованию военно-врачебной комиссией каждый раз при получении ими новой должности, а также при предстоящем увольнении со службы). Необходимо прокомментировать, что по условиям работы экспертной организации, все лабораторные и инструментальные обследования, дополнительно проводимые сверх законодательно обговоренного минимума, должны быть достаточно убедительно аргументированы результатами врачебного осмотра или же имеющимися анамнестическими данными из обязательно требуемой для ознакомления медицинской картой наблюдения на поликлиническом звене.

В результате освидетельствования за 2014 г. наличие той или другой патологии органов пищеварения было выявлено у 407 человек: 157 случаев — у вновь поступающих на службу (возраст - 20-30 лет) и у 250 пациентов — из числа действующих сотрудников (возраст — 20-55 лет). В обеих группах преобладали мужчины (у вновь поступающих мужчины составили 83,4%, а среди сотрудников — 76,1%). Это скорее отражает общую тенденцию имеющейся кадровой политики в системе МВД, а не полозависимый характер имеющейся гастроэнтерологической патологии. Было установлено, что у вновь поступающих на службу достаточно значительно преобладало число лиц, имеющих только одно заболевание системы пищеварения - в 84,1% (против 15,9% - с сочетанной патологией). В группе действующих сотрудников МВД данная категория больных уже составила только 43,2% (а остальные 56,8% имели доказанную сочетанную патологию).

У 132 человек из числа вновь поступающих на работу выявлена следующая монокомпонентная патология органов пищеварения: язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке у 5 человек, хронический гастрит у 39 пациентов, хронический гастродуоденит у 78 человек, в 1 случае имела место холецистэктомия, у 4 пациентов — некалькулезный холецистит, у 2 человек доказана гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом и по 1 пациенту - с ДЖВП, СРК и синдромом Жильбера.

Среди же числа сотрудников по одному гастроэнтерологическому заболеванию имело 108 человек: язвенная болезнь в 16 случаях (1 человек с впервые выявленной язвенной болезнью), 31 пациент с хроническим гастритом, 39 больных с хроническим гастродуоденитом, 12 пациентов с хроническим панкреатитом, у 5 пациентов — хронический некалькулезный холецистит, 2 человека с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, по 1 пациенту — с ЖКБ, после холецистэктомии и с обнаруженным полипом в желчном пузыре, в 2 случаях — ДЖВП. Как уже было сказано ранее, наличие сочетанной патологии органов пищеварения в ходе освидетельствования было выявлено в обеих изучаемых группах; но у вновь поступающих ее имели только 25 человек (15,9% от общего числа группы), в то время, как среди сотрудников МВД сочетанные гастроэнтерологические заболевания уже реально доминировали — их наличие констатировано у 142 человек (56,8% от общего числа представителей этой группы).

То есть, наглядно прослеживается качественное изменение характера выявленной гастроэнтерологической патологии у сотрудников по сравнению с вновь поступающими, которое в первую очередь проявилось в многократном увеличении у них пациентов именно с сочетанной патологией.

Принципиальным является и то, что, если у вновь поступающих на службу и была определена сочетанная патология, то она представлена в основном сочетанием только двух заболеваний (и лишь у 2 человек выявлено одновременное наличие 3 заболеваний системы органов пищеварения); а у сотрудников с сочетанной патологией, по сравнению с предыдущей группой, значительно резко увеличилось число лиц, имеющих как раз более, чем по два

заболевания (с 2 болезнями — 82 человека, у 42 пациентов — по 3 заболевания, у 14 человек — по 4 болезни, а у 5 пациентов — даже 5 болезней).

При этом в диагностическом плане большую роль играл комплаенс между пациентом и врачом. В качестве обязательного комментария хочется подчеркнуть тот факт, что при проведении освидетельствования реальную помощь врачебному составу в уточнении диагноза оказывали только лица, направленные на ВВК в связи с предстоящим увольнением со службы. Остальные, из числа вновь принимаемых на службу и сотрудников, желающих служить дальше, в лучшем случае, если хотя бы целенаправленно не мешали выполняемому врачами-специалистами дифференциально-диагностическому поиску, проводимому для более четкой верификации имеющейся гастроэнтерологической патологии.

В итоге своего исследования получены результаты, которые убедительно подчеркивают правомочность высказываемого и ранее многими клиницистами утверждения о достаточно широкой распространенности сочетанной патологии системы органов пищеварения. Можно согласиться и с положением о главенствующей роли именно поражения двенадцатиперстной кишки в виде достаточно распространенного дуоденита в формировании со временем прогрессивно нарастающего конгломерата заболеваний органов пищеварения с самыми различными вариантами набора болезней гастроэнтерологического профиля.

Определенная новизна полученных результатов состоит в том, что уже привычные выводы, используемые до того применительно к пожилым пациентам, нашими исследованиями реально перенесены и на людей трудоспособного возраста.

Выявлена определенная тенденция при неблагоприятной к тому ситуации (действие различных факторов риска) к сочетанной патологии системы органов пищеварения и у молодых лиц.

Результаты, полученные нами при освидетельствовании вновь поступающих на службу, дают своего рода наглядный «срез данной проблемы» у лиц работоспособного возраста, в том числе, у пациентов молодого возраста. Эти данные могут быть применены, как изначально ориентировочные, при своей работе врачами-терапевтами (ВОП) поликлинического звена гражданского здравоохранения. Аналогичное утверждение можно высказать и в отношении сотрудников МВД, характеризуя их как вариант модели людей трудоспособного возраста. При этом сделав некоторую поправку на преимущественную роль в возникновении патологии системы пищеварения таких факторов риска, как чрезмерное изобилие стрессовых ситуаций в их работе и абсолютная ненормированность рабочего дня (нередко с нарушением диетического режима). Ведь и среди гражданских профессий есть аналогичные или приближающиеся к ним.

Хочется отметить, что своевременно выявить реально существующую у пациента сочетанную патологию органов пищеварения очень важно, именно в целях последующего адекватного их лечения. Обострение одного или другого из имеющихся сочетанных заболеваний органов пищеварения, даже при

некоторой при некоторой однотипности предъявляемых при них жалоб, порой требует даже диаметрально противоположных по своему действию медикаментозных назначений. Это затрудняет выбор правильного алгоритма лечения. С другой стороны, важно и то, что, зачастую, лечить надо именно то заболевание, с рецидивом которого в настоящее время мы имеем дело. Иначе мы неминуемо столкнемся с полипрагмазией и возможными дополнительными медикаментозно индуцированными порочными кругами уже имеющихся нарушений патогенеза, что ухудшает не только прогноз в исходе патологии, но и влияет на качество жизни пациента.

## **ПРОБЛЕМА ЭНДОЦЕРВИЦИТА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

*Жернакова Е.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Заболевания шейки матки актуальны для женщин всех возрастов. Распространенность их высока, что определяет необходимость совершенствования диагностики и разработки лечебных мероприятий при данной патологии. Кроме того, важность проблемы воспалительных заболеваний шейки матки обусловлена «омоложением» контингента больных, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста [1].

Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки. Код по МКБ-10 - N72.

В связи с тенденцией к увеличению частоты воспалительных заболеваний женских половых органов, инфекционные процессы в шейке матки встречаются довольно часто. Эндоцервициты выявляют у 70% женщин репродуктивного возраста, обращающихся в поликлинические отделения [2].

Известно, что одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителя в верхние отделы половых путей, является шейка матки. Барьерная функция шейки матки связана с узостью цервикального канала, наличием слизистой «пробки», содержащей секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества. Защитные механизмы нарушаются при травмах шейки после родов и абортов, инвазивных диагностических процедурах, при которых инфекция проникает в половые пути, вызывая развитие воспалительного процесса.

Этиологический фактор эндоцервицита в настоящее время представлен: *Chlamydia trachomatis* (40–49%), *Trichomonas vaginalis* (5–25%), *Ureaplasma parvum* (5%), *Neisseria gonorrhoeae* (2%), около 86% женщин с наличием хронического цервицита инфицированы папилломавирусной инфекцией [6]. Эндоцервицит часто сочетается с другими воспалительными процессами половых органов — аднекситом (75,3%), эндометритом (80,0%), кольпитом (79,9%) [1].

В зависимости от течения заболевания эндоцервицит подразделяют на острый и хронический.

В острой стадии основными жалобами больной являются обильные слизистые или гнойные выделения, зуд, реже боли внизу живота. При осмотре шейки матки в зеркалах определяются гиперемия, отек, кровоизлияния в области наружного зева, иногда отмечаются участки изъязвления или слущивания поверхностных слоев эпителия до базального слоя. При хроническом цервиците сохраняются жалобы на незначительные гнойные или слизистые выделения, при пальпации шейка матки утолщенная и плотная.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 1 ноября 2012 г., диагностика базируется на осмотре при помощи зеркал, кольпоскопии, бактериологическом исследовании выделений. Наряду с клиническими признаками, имеются определенные лабораторные критерии, выявляемые при микроскопическом, бактериологическом, цитологическом исследованиях, рН-метрии влагалищной жидкости, а также при специальных методах диагностики (иммуноферментный анализ и др.) [1-3].

Учитывая тот факт, что 70-80 % женщин являются носителями различных урогенитальных инфекций с выраженными воспалительными реакциями, необходимо в список диагностических процедур включать ПЦР-тест [4].

При бактериологическом исследовании мазков из цервикального канала выявляются хламидии, гонококки, трихомонады, уреоплазмы и др.

Кольпоскопия позволяет более отчетливо увидеть визуальные признаки воспаления, самые незначительные изменения в структуре эпителия [5]. По окончании данной процедуры проводится забор с пораженных участков клеточного материала для цитологического исследования эпителия.

Цитологическое исследование мазков из цервикального канала дает картину воспаления [4].

Для назначения правильного лечения проводится посев на чувствительность к антибиотикам.

Терапия эндоцервицита включает в себя несколько этапов. Первый этап направлен на купирование воспалительного процесса этиотропным лечением (назначение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых и др. препаратов). Цель второго этапа лечения — восстановление нормального микробиоценоза влагалища, для чего используют эубиотики. Одновременно проводится терапия сопутствующих заболеваний и коррекция иммунитета (назначение иммуномодуляторов) [1-3].

При резистентности к консервативной терапии применяют лазеротерапию, криодеструкцию.

Своевременно нелеченный эндоцервицит опасен своими осложнениями, такими как развитие восходящей инфекции, спаечный процесс в малом тазу, рак шейки матки, бесплодие.

Пациентки с эндоцервицитами входят в группу риска по онкозаболеваниям шейки матки. Они должны находиться на диспансерном учете у врача женской

консультации и 1 раз в год обследоваться с применением кольпоскопического, цитологического и микробиологического методов [2].

Литература:

1. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие. Москва, 2007. - 600 с.
2. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухина И.Б. Национальное руководство по гинекологии. Москва, 2009; 356-358.
3. Василевская Л.Н. и др. Гинекология. Ростов-на-Дону 2002; 111-112.
4. Полонская Н.Ю., Роговская С.И. Цитологический и кольпоскопический методы в диагностике заболеваний шейки матки и влагалища: взаимодействие специалистов. Москва, 2014; 3-4.
5. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. Москва, 2011; 57-59.
6. Костава М. Н. Роль воспалительных процессов половых органов в патологии шейки матки. Поликлиническая гинекология. Москва, 2004; 48–53.

## **К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ НЕШТАТНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

*Ишутов В.Р.<sup>1</sup>, Ковалев Г.Л.<sup>2</sup>, Садюк В.Г.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 2 имени Н.А. Семашко

<sup>2</sup>ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер  
им. Н.В. Постникова»

<sup>3</sup>ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»

Федеральным законом от 28.12.2013 № 404-ФЗ «О внесении изменений в статью 14 Федерального закона «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» и Федеральный закон "О гражданской обороне" введено новое понятие — **нештатные формирования по обеспечению выполнения мероприятий по гражданской обороне (НФГО)<sup>1</sup>**.

В соответствии со статьей 1 Федерального закона от 12.02.1998 N 28-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "О гражданской обороне". НФГО - это «формирования, создаваемые организациями из числа своих работников в целях участия в обеспечении выполнения мероприятий по гражданской обороне и проведения не связанных с угрозой жизни и здоровью людей неотложных работ при ликвидации чрезвычайных ситуаций...»

НФГО — «привлекаются для решения задач в области гражданской обороны (ГО) в соответствии с **Планами гражданской обороны** и защиты населения по решению должностного лица, осуществляющего руководство гражданской обороной на соответствующей территории...» (часть 5, статья 15, 28-ФЗ).

Следовательно, НФГО создаются с учетом того что:

---

<sup>1</sup> нештатные формирования по обеспечению выполнения мероприятий по гражданской обороне

- эти формирования **предназначены** исключительно для **целей гражданской обороны (ГО)**, т.е. для использования их в военное время и привлекаются для ликвидации ЧС только в качестве организаций для разбора завалов и других работ;
- эти формирования **не связаны со спасением людей**, что исключает требование обязательной процедуры аттестации и финансовых затрат на её проведение для медицинской организации как, например, создание НАСФ<sup>2</sup> которые требует обязательной аттестации.

Исходя из выше изложенного, можно сделать выводы:

1. Организации создают НФГО, согласно 28-ФЗ;
2. НФГО создаются для выполнения задач ГО, в соответствии с планом гражданской обороны медицинской организации;
3. НФГО могут привлекаться для выполнения других неотложных работ при чрезвычайных ситуациях в мирное время (разбор завалов и других работ);
4. НФГО не подлежат аттестации;

Данные формирования создаются в организациях, имеющих категорию (мобилизационное задание) по гражданской обороне.

Согласно письму Министерства здравоохранения Самарской области от 11.11.2013 года № 30/2879 мобилизационное задание для учреждений здравоохранения Самарской области снято, план - задание по новому расчетному году будет доведено дополнительно. Отсутствие мобилизационного задания освобождает медицинские организации от комплекса мероприятий по созданию НФГО.

Для того, что бы иметь на руках подтверждающий документ по этому вопросу, необходимо составить письменный запрос в ГУ МЧС России по Самарской области и получить выписку. При получении отрицательного ответа медицинские организации могут не создавать НФГО и не нести связанных с этим процессом финансовых затрат, не проводить организационные мероприятия и специальную подготовку и т.д.

Обязать создать НФГО в медицинских организациях может только орган исполнительной власти субъекта РФ, соответственно с финансовыми и прочими обязательствами с его стороны. Приказ МЧС от 18 декабря 2014 года № 701 «Об утверждении типового порядка создания нештатных формирований по обеспечению выполнения мероприятий по гражданской обороне» (п.7, п.8)

## **КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЫТ РАБОТЫ ГБУЗ СО СГКП № 15**

***О.В. Казьмина***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

---

<sup>2</sup> нештатные аварийно-спасательные формирования

“Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья” (Аведис Донабедиан, 1980)

**Характеристика качества.** Концепция качества является глобальной и разносторонней. Эксперты обычно различают несколько основных характеристик качества, важность которых меняется в зависимости от контекста.

Профессиональная компетенция относится к тому, насколько хорошо медработники следуют клиническим протоколам и стандартам в плане надежности, аккуратности, последовательности. Для медработников это включает клинические навыки диагностики, лечения и профилактики заболеваний, а также врачебные знания, навыки и искусство поставить диагноз, вылечить больного. Если говорить о компетенции руководящего работника то это, прежде всего, относится к навыкам обучения решению стоящих проблем. На данный момент в поликлинике функционирует процесс P01 «Управление персоналом», где одним из показателей выходов процесса является «Количество медицинского персонала, имеющего квалификационные категории высшая\первая\вторая» На начало 2015 года показатель составлял 140\79\22 к концу года 152\89\25 соответственно. Кроме того было обучено сотрудников за пределами ГПК №15 138 сотрудников. Функция врачебной должности по показаниям карты процесса B03 «Оказание медицинских услуг» за 2015год составила 115,8%.

**Доступность** означает, что доступ к службам здравоохранения не зависит от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

**Географический** доступ измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими трудностями, которые могут препятствовать пациенту получить необходимую помощь.

**Экономический** же доступ определяется возможностью оплатить необходимую помощь.

**Социальный** или культурный доступ относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его веры и т.д. Например, служба планирования семьи может быть не принята пациентами, если она предлагается в виде, неприемлемом для их культуры.

**Организационный** доступ подразумевает степень удобства организации работы медицинских служб, таких как часы работы поликлиники, время ожидания в очереди и т.д. Например, недостаточное количество вечерних приёмов в поликлинике снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня. Согласно данным показателям бизнес процесса B01 «Сбор и обработка запросов на оказание медицинских услуг» результативности процесса выполнение плана по посещаемости в 2015 году в среднем составил 109,7%. Согласно карте процесса M02 «Измерение и мониторинг удовлетворенности потребителей» такие показатели как «Удовлетворенность

организацией работы регистратуры в среднем по году 2015 составил 60,2% , «Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг» в 2015 году составил 75,7%.

Эффективность – это отношение полученных результатов к затраченным ресурсам. Эффективность всегда относительна, а анализ эффективности производится для сравнения альтернативных решений. Ежеквартально проводится анкетирование пациентов согласно этим данным на вопрос «Как Вы оцениваете результативность полученного лечения» показатель «Улучшение» набрал около 80%. По показаниям процесса «Оказание медицинских услуг», % законченных случаев без ухудшения или с улучшением от общего количества законченных случаев составил 94,8%.

Непрерывность - этот термин означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки и перерывов, ненужных повторов в процессе диагностики и лечения. Помощь должна быть доступна в любое время и на непрерывной основе. Пациенту необходимо иметь возможность быть проконсультированным узкими специалистами или же повторно осмотренным лечащим врачом, когда это необходимо. Согласно все того же анкетирования сроки ожидания консультаций врачей специалистов и КДЛ в 2015 году составил около 75%, а по показаниям Б01 процесса «Сбор и обработка запросов на оказание медицинских услуг» показатель результативности процесса выполнение плана по внешним консультативно-диагностическим услугам составил в среднем 138% в 2015 году.

Описанные выше определения и характеристики качества включают в себя почти все аспекты функционирования системы здравоохранения. Важность этих характеристик становится ясна при необходимости для пациентов и медработников определить качество медицинской помощи со своей точки зрения.

Система здравоохранения должна обязательно отвечать нуждам и требованиям медработников так же, как ожиданиям и требованиям пациентов. Медработникам необходимы эффективные профессиональные, административные и вспомогательные службы в процессе оказания медицинской помощи.

Для решения большинства этих вопросов и проблем в поликлинике разработана и действует система менеджмента качества. На основании проводимых анализов результативности процессов и проведения внутренних аудитов разрабатываются планы корректирующих/предупреждающих действий в соответствии с процедурами СТО ГКП15.005 «Корректирующие действия», СТО ГКП 15.006 «Предупреждающие действия».

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Канюкаева А.Г., Вуколова Г. А., Баширова Т.Р.**

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

За последнее время в ГБУЗ СО СГКП №15 существенно изменилось оснащение, в отделении функциональной диагностики с каждым годом меняется спектр проводимых исследований, усложняются и модернизируются диагностические процедуры. Количество исследований увеличилось от 2 тысяч электрокардиограмм с момента начала функционирования кабинета функциональной диагностики до 107 тысяч разных исследований в 2015 году. Из них около 55 тысяч приходится на функциональные исследования, которые проводят непосредственно медсестры отделения. На данный момент времени медсестрами освоены и выполняются следующие исследования: электрокардиография, функция внешнего дыхания, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, суточное мониторирование артериального давления, нагрузочные пробы (тредмил-тест), исследование функции эндотелия, исследование вегетативного статуса и вегетативной реактивности. Роль медицинской сестры в грамотном использовании возможностей этих методов и проведении исследований на качественно высоком уровне велика.

Среди многочисленных инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы ведущее место принадлежит **электрокардиографии**. Максимальное время в практической работе медсестры отведено именно этой методике. Этот метод исследования биоэлектрической активности сердца является обязательным и незаменимым в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе инфаркта миокарда и других осложнений. В современных условиях медсестра является не только исполнителем, но и активным участником диагностического процесса. Самостоятельная работа медицинской сестры требует и грамотного применения практических навыков, и обширных теоретических знаний, в том числе основ и нюансов расшифровки ЭКГ. Если ЭКГ снимается в условиях поликлиники, медсестра принимает решение: отпустить пациента в случае отсутствия патологической картины или задержать его на месте для второго этапа - расшифровки врачом и возможного оказания необходимой помощи пациенту. В более же сложной обстановке, при выезде на дом для снятия ЭКГ, медсестра самостоятельно проводит первичный её анализ у постели пациента и обязана дать определенные рекомендации: придерживаться больному постельного режима, если имеет место отрицательная ЭКГ, в отдельных случаях срочно вызывает участкового или дежурного врача при подозрении на острое нарушение коронарного кровообращения. Знание медсестрами электрокардиографического анализа патологии, связанной с ИБС, такой как инфаркт миокарда, острая перегрузка камер сердца, пароксизмальные нарушения ритма, гемодинамически значимых нарушений проводимости, играет решающую роль во многих критических ситуациях.

ИБС представляет собой обусловленное расстройством коронарного кровообращения поражение миокарда, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями

сердечной мышцы. Теоретическая подготовка медсестер позволяет интерпретировать данные ЭКГ как критерия наличия ишемии или инфаркта миокарда, давности повреждения и его локализации. Об ишемии миокарда можно думать при появлении на ЭКГ депрессии или подъеме ST более 1 мм, снижении амплитуды зубца R и возникновении зубца Q. При этом немаловажным в ряде случаев является сравнение с предыдущими ЭКГ. Своевременная диагностика острых ситуаций при ИБС диктуется необходимостью госпитализации в максимально короткие сроки, в противном случае возможно развитие тяжелых осложнений и велика вероятность летального исхода.

**Холтеровское мониторирование ЭКГ** - это метод, с помощью которого осуществляется суточное наблюдение за работой сердца. Это длительное регистрация ЭКГ, проводимая в автономном режиме, в стационаре или амбулаторно, в условиях, максимально приближенных к повседневной жизни обследуемого. Показаниями к проведению ХМ являются жалобы, которые могут быть следствием нарушений ритма сердца (в том числе потери сознания), оценка риска появления аритмий у пациентов без жалоб, оценка эффективности антиаритмического лечения, оценка работы ЭКС, оценка недостаточности кровоснабжения сердечной мышцы, оценка циклической variability синусового ритма у больных, оценка суточной динамики интервала QT и другие.

За 2015 год проведено 744 суточных мониторингов ЭКГ и АД. Результат исследования напрямую связан с работой медицинской сестры: это и наложение электродов по определенным схемам, и четкое информирование пациента о правильности поведения в течение суток мониторинга, и объяснение, как правильно вести дневник, в котором необходимо отмечать действия в течение суток: виды нагрузки с их временными интервалами, минуты отдыха, приема пищи, сна, запись времени приема медикаментов.

**Нагрузочный тредмил-тест** — это ходьба или бег на месте по дорожке, движущейся с определенной скоростью. Особая роль отводится медсестре при проведении этого исследования на всех этапах: перед началом тестирования медсестра контролирует наличие медикаментов для экстренных мероприятий в аптечке, готовит к работе дефибриллятор для оказания экстренной помощи пациенту в критических состояниях, во время проведения нагрузочного теста медсестра постоянно наблюдает за состоянием пациента, чтобы вовремя выявить по внешним признакам изменения, требующие остановки теста (резкая бледность кожных покровов лица, возможно, предшествующая коллапсу, гиперемия лица при резком подъеме АД, выраженная одышка и другие симптомы), проводит измерение АД через каждую минуту во время нагрузки и в восстановительный период. Кроме того, медсестра совместно с врачом участвует в предтестовой оценке возможности проведения нагрузки для конкретного пациента с учетом противопоказаний, которыми являются острый инфаркт миокарда, отдельные пороки сердца, выраженная сердечная недостаточность, острый миокардит или перикардит, расслаивающаяся

аневризма аорты, выраженный тромбофлебит вен нижних конечностей, ограничивающие подвижность заболевания суставов нижних конечностей.

Таким образом, роль медицинской сестры функциональной диагностики значима на разных этапах выявления ишемической болезни сердца. Повышение качества диагностики имеет непосредственную связь со снижением уровня смертности, напрямую зависит от высокой квалификации, стремления к совершенствованию, внимательности, отзывчивости и взаимовыручки — тех качеств, которые свойственны сестринскому составу отделения функциональной диагностики ГБУЗ СО СГКП №15.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**

***Каткасова Н.Ю., Пудовинникова Л.Ю.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

*Здоровье гораздо более зависит  
от наших привычек и питания,  
чем от врачебного искусства.*

*Уильям Шекспир*

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) - это концепция образа жизни отдельного человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью соответствующего питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек.

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций. Ни для кого не составляет тайны, что вредные привычки (курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.) являются факторами риска развития многих заболеваний. Если посмотреть только по употреблению табака - одного из основных факторов риска развития заболеваний легких, сердечно - сосудистой системы, атеросклероза. Список можно продолжать бесконечно. Недавние международные исследования показали, что курение укорачивает жизнь в среднем на 20-25 лет. На сегодняшний день в России курят 67% мужчин, около 40% женщин и не менее 50% подростков. 500 000 человек ежегодно умирают от курения в России. Каждый 10-й умирающий в мире от курения россиянин. Весь мир озадачен этой проблемой. Важно отметить, что в России началась активная борьба с вредными привычками.. Вступил официально в силу закон о запрещении употреблении табака в общественных местах.

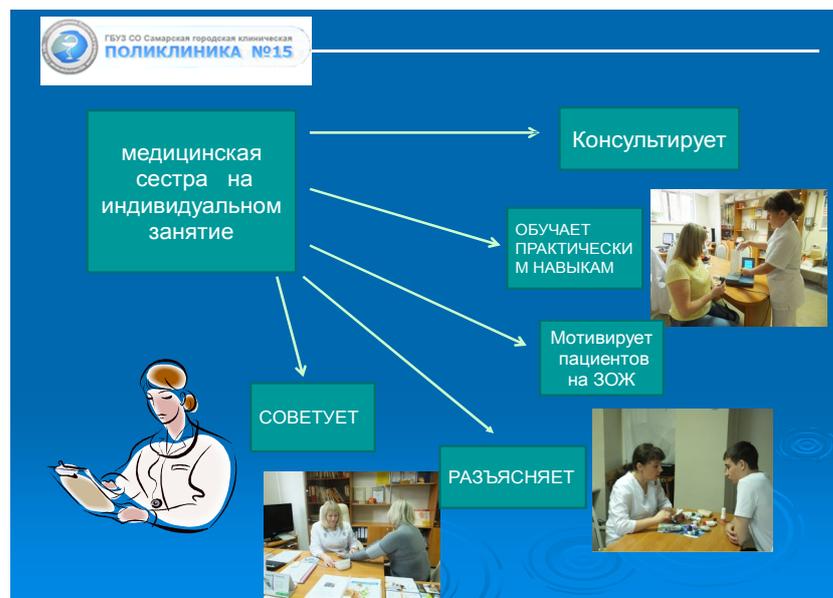
В мире ежегодно отмечается рост неинфекционными социально значимыми заболеваниями. По данным ВОЗ более 600 миллионов человек в мире страдают хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) от 4 % до 15% взрослого населения. Бронхиальная астма также является серьезной проблемой. Распространенность ее повсеместно возрастает. 40 % людей в мире

страдают Артериальной гипертензией (АГ), Сахарный диабет (СД) диагностируется все чаще (если в 1985 году страдало 30 млн. человек, то в 2000 году - 150 млн. человек, сегодня речь идет о 300 млн. человек). Рост заболеваемости не может не волновать, так как лечение социально значимых заболеваний дорогостоящее, ведет к снижению трудоспособности, а то и к полной потере, реабилитировать пациентов весьма не просто. Единственно правильное решение - это максимально использовать возможность предупреждения заболеваемости. В современном контексте трактовать Гиппократу следует «предупреди».

Во второй половине XX века данные проблемы решаются уже на государственном уровне. Приоритет государственной политики направлен на сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. По сложившимся устоям нашего здравоохранения основная нагрузка в решении этих вопросов возлагается на амбулаторно-поликлиническую службу, как первичное звено в системе оказания медицинской помощи населению. На настоящий момент работа по профилактике таких социально значимых заболеваний является одним из основных направлений на амбулаторном этапе работы. Одним из составляющих профилактики является обучающие школы.

В ГБУЗ СО СГКП №15 с 1996года ведутся терапевтические обучающие школы для больных Артериальной гипертензией, Бронхиальной астмы, Сахарного диабета, школа по отказу от табакокурения и т.д. Возраст проученных не имеет ограничений. Традиционно занятия в обучающих школах проводили врачи. Новаторский подход в поликлинике заключался в делегирование полномочий проведения индивидуального занятия в рамках школы одного дня - медицинской сестре. Высокая профессиональная подготовка сестринского персонала позволила делегировать им данный раздел работы.

Разработаны планы действия медицинской сестры при выявлении факторов риска, алгоритмы действия по ведению индивидуальных занятий по различным хроническим заболеваниям. Работая с больными индивидуально, медицинская сестра может выступать в роли советчика или консультанта, в решении проблем пациента, обучать основам самоконтроля, практическим навыкам, мотивировать пациентов на отказ от вредных привычек, подготавливать пациентов к посещению групповых занятий, разъяснять важность соблюдения рекомендаций врача, правил приема медикаментов и т.д. Большим преимуществом является возможность проводить занятия пациентам, не имеющим возможность посещать групповые занятия (в т.ч. во время посещения на дому).



На представленной диаграмме показано количество проведенных индивидуальных занятий. Основной упор делается на школу по отказу от курения, как основной фактор риска развития множества заболеваний и как наиболее трудновыполнимый пункт на пути к здоровому образу жизни.

Реализация обучающих программ дала ощутимый результат. На примере АГ в результате проведенного анализа вызовов скорой помощи и госпитализаций, осложненных гипертоническим кризом, отмечено, что за период с 2014 по 2015 года пациентов, обратившихся на станцию скорой медицинской помощи и неотложной помощи поликлиники, а также госпитализированных пациентов с АГ и ее осложнениями значительно уменьшилось.



На приведенной диаграмме видно, что пациенты, прошедшие обучение в школе АГ вызывали скорую помощь и госпитализировались с осложнениями АГ в меньшей степени, чем пациенты не прошедшие обучение.



Из приведенной ниже диаграммы по БА видно, что за годы работы обучающей школы по Бронхиальной астме зафиксировано значительное снижение показателей вызова скорой помощи по поводу осложнений БА. Достигнуто полное отсутствие выхода пациентов, страдающих Б.А на инвалидность.

## Эффективность работы Астма-школы.



Критериями оценки эффективности работы обучающих школ являются:

- ✓ устранение факторов, способствующих возникновению или прогрессированию заболеваний;
- ✓ достижение стойкой, длительной компенсации заболевания, предупреждение и снижение риска возможных осложнений заболевания;
- ✓ обучение пациентов пользованию индивидуальными обеспеченными специальными средствами доставки медикаментов;
- ✓ повышение качества жизни пациента улучшение морального состояния пациента.

Однако однократного обучения больных не достаточно. Необходимо повторное обучение в школах здоровья, настойчивая работа непосредственно с самими пациентами по нормализации течения болезни, недопущение возникновения прогрессирования хронических осложнений; повышения качества жизни пациентов, чтобы заболевание как можно меньше влияло на их образ жизни, и пациенты, по возможности, грамотно и активно выполняли реабилитационные программы, разработанные лечащим врачом.

Вне сомнения что, несмотря на достигнутые результаты, работа в данном направлении будет продолжаться. Образовательные программы для больных социально значимыми заболеваниями имеют высокую эффективность, которая выражается в улучшении показателей, характеризующих течение заболевания, приводят к перераспределению финансовых расходов, делая экономические затраты более рациональными. В улучшении качества жизни больного медицинская сестра на современном этапе является активным участником профилактического и лечебно – диагностического направления при оказании медицинской помощи на амбулаторном этапе.

**ТАК ЛИ ВАЖЕН ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК?**

**Караулова А.П.**

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Проблема рационального питания школьников остается актуальной в течение ряда лет. Высокий уровень школьной нагрузки и дополнительной подготовки учащихся вне стен школы не всегда позволяет сформировать правильный рацион, соответствующий возрасту ребенка.

Работая в школе, врач-педиатр и медицинская сестра сталкиваются с проблемой частых обращений учащихся к медработникам с различными жалобами, причем значительная часть приходит в медицинский кабинет, начиная уже с 1-го урока.

Цель работы: учитывая количество обращений, провести анализ наиболее часто встречающихся жалоб независимо от возраста и выявить возможную причину для профилактики проявлений этих болевых синдромов.

Таблица 1

***Сравнительный анализ причин обращений к медработникам школы за сентябрь-декабрь 2015 г.***

<b>Обращений</b>		<b>Из них жалобы</b>				
		<b>Головная боль</b>	<b>Боль в животе</b>	<b>Общая слабость</b>	<b>Прочее</b>	
<b>Всего</b>	<b>КОЛ-ВО</b>	<b>298</b>	<b>138</b>	<b>88</b>	<b>25</b>	<b>47</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>46,3</b>	<b>29,5</b>	<b>8,4</b>	<b>15,8</b>	

Из таблицы видно, что наибольшее количество жалоб приходится на головную боль, боль в животе, слабость. Проанализируем каждую из жалоб.

Таблица 2

***Анализ возможной связи головной боли с повышением температуры тела и изменениями артериального давления***

<b>Обращений</b> <i>всего</i>	<b>из них с</b>				<b>Из них наличие фоновых патологий (ВСД, СВЧГ, недосыпание, метеозависимость)</b>
	<b>T</b> <i>≥37,2</i>	<b>АД</b>			
		<b>90/50-125/80</b>	<b>≤90/50</b>	<b>≥ 125/80</b>	
<b>138</b>	<b>14</b>	<b>97</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>25</b>
<b>%</b>	<b>10,1</b>	<b>70,3</b>	<b>13,8</b>	<b>5,8</b>	<b>18,1</b>

Из вышеизложенных данных видно, что лишь у 10% учащихся цефалгии связаны с повышением температуры тела; у подавляющего количества обратившихся (70,3%) артериальное давление было в пределах нормы.

Таблица 3

***Анализ возможной связи головной боли с наличием или отсутствием 1-го завтраком (до начала учёбы)***

<b>Обращений</b> <i>всего</i>	<b>Из них завтрак дома</b>			<b>Завтрак в школе</b>	
	<b>полный</b>	<b>не ели</b>	<b>перекус</b>	<b>до</b>	<b>после</b>
<b>138</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>68</b>	<b>96</b>	<b>42</b>

100%	17,4%	33,3%	49,3%	69,6%	30,4 %
------	-------	-------	-------	-------	--------

Пояснение: полный завтрак – это горячее 2-е блюдо плюс чай (какао) с бутербродом; перекус – это просто бутерброд с чаем.

По данным таблицы 3 видно, что процент обращаемости детей с жалобами на головную боль значительно выше у тех, кто не получает полноценное питание до начала учебного процесса.

Таблица 4

**Анализ возможной связи болей в животе с отсутствием завтрака дома**

Обращений всего	Из них завтрак дома			Из них с патологией ЖКТ
	полный	не был	перекус	
88	18	42	28	18
100%	20,5%	47,7%	31,8%	20,5%

Лишь пятая часть детей имеет заболевания желудочно-кишечного тракта, что могло бы объяснить появление болей в животе.

Таблица 5

**Анализ возможных причин цефалгий в сочетании с болями в животе у учащихся школы**

Обращений с цефалгиями в сочетании с болями в животе всего	Из них завтрак дома			Завтрак и дома, и в школе			Из них с патологией ЖКТ
	полный	не был	перекус	был	не был	перекус	
48	6	20	22	4	13	8	7
100%	12,5%	41,7%	45,8%	8,3%	27,1%	16,6%	14,6%

**Вывод.** Исходя из данных таблиц 4 и 5, можно сделать вывод, что болевой синдром различной локализации, в том числе сочетанный, значительно чаще появляется на голодный желудок. И для его предупреждения у школьников большое значение имеет полноценный 1-й завтрак до начала занятий (дома). Это позволит улучшить самочувствие детей на уроках и повысить усвояемость учебного материала и это же подтверждает справедливость всем известной народной мудрости: «Завтрак – пища для ума».

**ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,  
ПЕДАГОГОВ, РОДИТЕЛЕЙ И УЧАЩИХСЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
БЛИЗОРУКОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ**

**Каткова Т.В., Медведева Е.В., Медведев А.В., Пыркова С.А.**

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России

Профилактике возникновения и прогрессирования близорукости у школьников в настоящее время уделяется значительное внимание, как со стороны медиков, так и со стороны педагогов. На выполнение этой задачи направлены усилия врачей офтальмологов, педиатров, учителей. Согласно приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» проводится контроль зрительных функций учащихся. Детям с низкой остротой зрения, в результате дообследования в Центре охраны зрения поликлиник, даются необходимые рекомендации по лечению, нуждающимся подбираются современные средства коррекции зрения. Администрация школ направляет значительные финансовые средства на соблюдение в ученических классах требований санитарных правил и норм, закупку специальной ученической мебели. Строго соблюдается режим дня, рекомендованный для учащихся разного возраста, вводятся дополнительные уроки физкультуры.

Тем не менее, распространённость школьной близорукости среди выпускников курируемых нами общеобразовательных учреждений остаётся высокой от 19% в общеобразовательной школе до 49,5% в лицее. Эти показатели соответствуют результатам наблюдений, проведённых нами в течение последних 20 лет под руководством и при непосредственном участии профессора Валерия Матвеевича Петухова.

В подавляющем большинстве наблюдений миопия, выявленная у школьников, возникла и прогрессировала в период обучения ребёнка в школе, т.е. является приобретённой, и, следовательно, предотвратимой.

Причиной столь стабильно высокой распространённости школьной близорукости, несмотря на активную профилактическую работу, по нашему мнению, является высокий уровень зрительной и психологической нагрузки не только в школе, но и дома, в том числе и внеучебной нагрузки (длительный и бесконтрольный просмотр телевизора, игра на компьютере, особенно планшетном и телефоне) при недостаточном уровне знаний и навыков родителей, самих школьников о способах снижения зрительной нагрузки, возможностях создания благоприятных условий для зрительного труда.

В целях повышения эффективности профилактики возникновения и прогрессирования школьной близорукости с помощью обучающих методик нами был разработан и осуществлён на практике проект организации взаимодействия офтальмолога, врача школы, учителя, учащихся и их родителей. Особое внимание при этом уделялось учащимся самых младших классов, имеющим наибольший профилактический потенциал.

Совместно с классным руководителем для родителей учащихся были организованы лекции врача-офтальмолога, педиатра, показавшие значительный интерес аудитории к рассматриваемой теме. С родителями были подробно рассмотрены причины возникновения и прогрессирования близорукости у школьников. Разъяснены способы снижения зрительной нагрузки, приёмы снятия зрительного напряжения. Обсуждены особенности посадки каждого

школьника и его зрительно-двигательного стереотипа (изучались ранее во время уроков и перемен).

Дополнительно была проведена работа по созданию школьниками под руководством педагога и родителей самостоятельного проекта, посвященного профилактике школьной близорукости, в ходе которого сами дети, на доступном для их возраста языке, демонстрировали своим одноклассникам простые профилактические приёмы. Результатом проекта стала краткая иллюстрированная презентация, представленная в классе и на общешкольном мероприятии, а также профилактическая брошюра, адресованная от школьника к школьникам.

Проведённая нами работа показала высокий интерес учащихся разного возраста, а также их родителей к вопросам возможности сохранения высоких зрительных функций в период обучения ребёнка в школе, выполнения домашних заданий и отдыха. Выполнение проекта и презентации на столь важную профилактическую тему возможно даже первокласснику (при поддержке учителя и родителей), а сама тема интересна как первоклассникам, так и взрослым. Для усвоения и закрепления профилактических знаний школьниками и их родителями, включения их в повседневную жизнь однократного занятия не достаточно. Считаем необходимыми в каждом классе ежегодные профилактические мероприятия (урок и родительское собрание), посвященные вопросам сохранения здоровья и зрения, особенно в младшей школе. Эффективность реализации проекта профилактики близорукости у школьников в значительной мере зависит от заинтересованности и личного активного участия в профилактических мероприятиях педагогов образовательного учреждения, формирования ими у родителей профилактической грамотности и бдительности, понимания значения своей роли в деле сохранения зрения и здоровья у собственных детей.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

***Каткова Т.В., Пыркова С.А.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Согласно Конвенции по правам ребенка, охрана здоровья детей должна быть доступной и осуществляться на высочайшем уровне. Достижения современной медицины позволяют значительно улучшить состояние здоровья детского населения. Одним из них, несомненно, является высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) - это часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии,

разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Данный вид помощи входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основании постановления правительства от 28 ноября 2014 г.

В программу ВМП детям включены:

-оперативное лечение при врожденной патологии органов пищеварения, легких, мочеполовой системы, кохлеарная имплантация при двусторонней нейросенсорной потере слуха, лечение тяжелой сочетанной патологии глаз, болезни Крона, гликогеновой болезни, хронического вирусного гепатита, цирроза печени, дерматополиомиозита, системной красной волчанки, ювенильного идиопатического артрита, муковизицидоза, нефротического синдрома, кардиомиопатий, рассеянного склероза, преждевременного полового развития, тяжелой бронхиальной астмы и атопического дерматита, сколиоза III-IV ст., а также хирургическое лечение врожденных пороков сердца и сосудов.

Организация оказания ВМП – это комплексный процесс, который включает в себя несколько этапов.

Первый – это выявление лиц, нуждающихся в данном виде помощи, второй – необходимая подготовка и направление в специализированные лечебно-профилактические учреждения различного уровня и третий не менее значимый этап -это динамическое наблюдение за детьми, которым оказана и продолжает оказываться высокотехнологичная медицинская помощь .

Паспорт здоровья семьи позволяет проанализировать уровень состояния здоровья нескольких ее поколений, информация о котором формируется из разных источников.

В свою очередь, мероприятия, которые позволяют выявить нуждающихся в оказании ВП, включают в себя генетическое консультирование семейных пар, антенатальный скрининг, проведение дородового патронажа беременной, формирование групп риска по развитию заболеваний у новорожденных, диспансерное наблюдение детей из групп риска, инструментальный скрининг, а также обследование в Семейном центре Здоровья, который успешно функционирует на базе нашей поликлиники с 2011 года.

Рассмотрим модель организации этапов оказания ВМП в ГБУЗ СО «СГКП 15» на примере детей с врожденными пороками сердца, т.к. это наиболее многочисленная группа детей, получающих данный вид помощи.

Общее количество детей с врожденными пороками сердца, состоящих на учете в детском отделении поликлиники сохраняется на примерно одном

уровне в течение нескольких лет. Уровень заболеваемости составляет от 6,7 до 8,4 на 1000 новорожденных, что соответствует данным по РФ.

Мы провели анализ историй развития 97 детей с ВПС в сравнении с детьми первой группы здоровья с целью определения ведущих факторов риска, которые могли бы использоваться в дальнейшем для прогнозирования развития подобной патологии.

Несмотря на то, что врожденный порок сердца чаще всего имеет мультифакториальную природу, некоторые факторы риска в семье выявляются чаще других, что позволяет считать их наиболее значимыми. Это инфекционные заболевания матери в первом триместре беременности, возраст матери больше 30<sup>ти</sup> и отца больше 40 лет, курение, в т.ч. пассивное, угроза прерывания беременности, наличие врожденных пороков развития у родственников, а также профессиональные вредности у родителей, злоупотребление алкоголем и прием некоторых лекарственных препаратов впервые 12 недель беременности.

К сожалению, на этапе пренатальной ультразвуковой диагностики выявлено лишь 7% всех ВПС. Для сравнения, в Европе этот процент составляет от 46 до 65. Разрешающая способность данного метода тесно связана с уровнем лечебного учреждения и квалификацией врача, выполняющего как общескринирующее ультразвуковое исследование, так и фетальную эхокардиографию.

Наибольшее количество диагнозов -75% - выявлено по клиническим признакам у детей преимущественно из групп риска. Ведущий из этих признаков – шум в сердце, а также замедленная прибавка массы тела, ранний дебют острых респираторных заболеваний, цианоз носогубного треугольника, учащенное дыхание в покое или после физической нагрузки. Детям с подозрением на ВПС проводится электрокардиограмма и ЭХО-кардиография, при подтверждении диагноза они направляются на консультацию в Самарский областной клинический кардиологический диспансер. После консультации кардиохирургом решается вопрос о необходимости оперативного лечения.

С 2013 г. проводится обязательный ЭХО-кардиографический скрининг в трех возрастных группах - в возрасте 1 месяц, 7 и 14 лет . По результатам скрининга выявлено 18% врожденных пороков сердца. Чаще всего выявляется двустворчатый аортальный клапан, который при отсутствии стеноза и недостаточности никак не проявляет себя клинически.

Количество детей из нашей поликлиники, прооперированных в СОККД за последние 5 лет, составило 16 человек. Следует сказать, что еще всего лишь 2 десятилетия назад наши дети не имели такой возможности, они ездили на операции в Москву, а также в США через благотворительный фонд. В

настоящее время в детском кардиохирургическом отделении проводится от 350 до 450 операций в год, что позволяет полностью покрыть потребности в данном виде высокотехнологичной помощи.

Часть оперативных вмешательств, например, при открытом артериальном протоке, небольших дефектах перегородок выполняется при помощи современных малоинвазивных методик без вскрытия грудной клетки.

После оперативного лечения у части детей имеются признаки ограничения жизнедеятельности, им оформляется инвалидность.

Срок инвалидности определяется отдаленными последствиями оперативного лечения, и составляет в среднем 1-2 года, хотя среди детей, прооперированных в начале 2000-х годов есть пациенты с довольно тяжелыми осложнениями, которым инвалидность оформлена до 18 лет.

Количество осложнений после оперативного лечения значительно сократилось по сравнению с 2004 годом. И это связано как с успехами развития детской кардиохирургии, так и с тем, что врачи педиатры совместно с детским кардиологом и врачами функциональной диагностики более активно выявляют врожденные пороки в раннем возрасте, что, несомненно, улучшает результаты операции.

После проведения операции на сердце ребенок выписывается из стационара примерно через 7-10 дней под наблюдение участкового педиатра и детского кардиолога. Это требует от врачей первичного звена более широких знаний по обеспечению правильного ухода и проведению реабилитационных мероприятий у этой категории пациентов.

Реабилитация включает в себя медикаментозную терапию, оздоровление в отделении восстановительного лечения, санаторно-курортное лечение.

В период от постановки диагноза до проведения операции чаще всего возникают острые инфекции дыхательных путей, в т. ч. бронхиты и пневмонии, обусловленные гиперволемией малого круга кровообращения. Их патогенетическая терапия включает лечение недостаточности кровообращения, антибиотики, цитопротекторы, иммунокорректоры, что сокращает сроки подготовки к кардиохирургическим вмешательствам.

В раннем послеоперационном периоде дети получают такие препараты, как ингибиторы АПФ, диуретики, по показаниям антиаритмические препараты. В случае инфекционных заболеваний им показано обязательное назначение антибиотиков с первого дня заболевания в целях предупреждения развития такого грозного осложнения, как инфекционный эндокардит. Некоторым категориям детей эта мера назначается пожизненно.

При дальнейшем диспансерном наблюдении медикаментозная терапия включает курсовое применение кардиотрофических препаратов. В целом, через

3-5 лет после операции большинство детей не нуждается в медикаментозной терапии.

Еще одной особенностью детей с ВПС является необходимость разработки педиатром индивидуального плана вакцинации, а также расширение спектра за счет вакцин против пневмококковой и гемофильной инфекции в целях снижения заболеваемости. Кроме того, в обязательном порядке рекомендуется привить и родителей в соответствии с национальным календарем.

В отделении восстановительного лечения поликлиники дети занимаются лечебной физкультурой, дыхательной гимнастикой, получают массаж, малыши занимаются в сухом бассейне, проводится кислородотерапия.

Задачи лечебного массажа и лечебной гимнастики в раннем послеоперационном периоде – это профилактика и лечение возможных ранних послеоперационных осложнений, таких как пневмония, ателектазы, экссудативные плевриты, гиповентиляция, парезы диафрагмального нерва, улучшение функции дыхательной системы, адаптация сердечной мышцы к условиям новой гемодинамики, улучшение психоэмоционального состояния пациента.

При дальнейшем диспансерном наблюдении актуальным является вопрос о возможности полноценной физической активности у детей. С этой целью необходимо более широко использовать такие методы обследования, как тредмил - тест или велоэргометрию и холтеровское мониторирование ЭКГ.

За прошедшие 5 лет снято с учета в связи с выздоровлением 90 детей с врожденными пороками сердца. Из них без возможностей проведения высокотехнологичной помощи могли умереть около 30%, а у остальных были бы значительно снижены качество и продолжительность жизни.

Высокотехнологичная помощь высокочатратна. Так, стоимость операции на сердце у детей обходится государству от 250 до 370 тысяч рублей. Поэтому наиболее актуальна дальнейшая профилактика в семье. Это:

- преконцепционная профилактика, которая заключается в оказании помощи семье в период до зачатия ребенка и включает в себя определение состояния здоровья будущих родителей, определение риска перинатальной патологии, их оздоровление, вакцинация от наиболее опасных для ребенка инфекций, выбор времени зачатия;
- профилактика нежелательной беременности;
- сохранение благоприятного интергенетического интервала между родами;
- медико-психологическая помощь детям подросткового возраста, где на первое место ставится работа по формированию психологических

установок на создание семьи, доминанты осознанного родительства, здоровый образ жизни.

Таким образом, многоуровневый процесс оказания высокотехнологичной помощи требует не только внедрения новейших технологий, но и повышения уровня знаний врачей первичного звена:

- по ранней диагностике заболеваний у детей из групп риска;
- по интерпретации результатов дополнительных методов обследования;
- по выявлению показаний к проведению ВМП и по наблюдению детей в процессе ее оказания;
- по выявлению критериев инвалидности и показаний к снятию с диспансерного учета.

## **РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ НА УЧАСТКЕ**

***Кирыякова Н.Н., Акименко И.Г.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Проблемы неонатальных желтух приобретают новую актуальность в практике педиатра в связи с ростом их распространенности и высоким риском развития осложнений, обусловленных нейротоксичностью непрямого билирубина. В последние годы обозначилась тенденция к нарастанию затяжных форм не прямой гипербилирубинемии, часто не связанных с гемолитической болезнью новорожденных.

**Актуальность:** Выявление факторов риска затяжного течения неонатальных желтух позволит своевременно диагностировать затянувшиеся желтухи и снизить частоту неблагоприятного влияния на здоровье ребенка.

**Цель исследования:** Выявить частоту затянувшихся желтух, найти связь с течением беременности, родов, состоянием центральной нервной системой, внутриутробным инфицированием.

**Материалы и методы:** В первом педиатрическом отделении ГБУЗ СО «СГКП №15» за 2014-2015гг. наблюдалось 168 детей (30%) от всех детей до года с затянувшейся неонатальной желтухой.

Проведен анализ амбулаторных карт, анализ дородовых патронажей в ранние сроки беременности и в 30 недель, выписок из стационаров и обменных карт родильных домов 26 детей (14 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 9 дней до 3х месяцев,

Из них 7 (27%) детей недоношенных с гестационным сроком 28 - 35 недель. Масса тела колебалась от 1500г до 4000г. Средняя масса при рождении составила 2 800 г.

Большинство 17 детей (65%) рождены естественным путем, 9 детей (35%) путем Кесарева сечения. Оценка по шкале Апгар составила 6-8 баллов на 5

минуте жизни у 21 ребенка (80,8%), у 5 детей (19,2%) наблюдалась асфиксия в родах.

Отягощенный акушерский анамнез (аборты, выкидыши, мертворожденные, неразвивающиеся беременности) имел место у 18 женщин (69%).

Гинекологическая патология (дисфункция яичников, аднексит, кольпит, эрозия шейки матки) наблюдались у 9 женщин (34,6%).

Экстрагенитальная патология отмечена у 8 женщин (30%): хронический пиелонефрит 2 (7,6%), гипохромная анемия легкой и средней степени тяжести 3 (11,5%), хронический тонзиллит 3 (11,5%).

Беременность у матерей обследуемых детей протекала с осложнениями: гестозы наблюдались в 10 случаях (38%), угроза прерывания 3 случая (11,5%).

Только у 6 женщин (23%) из 26 беременность и роды протекали без осложнений.

У 12 матерей (46%) наблюдались различные осложнения в родах (слабость родовой деятельности, обвитие пуповины вокруг шеи плода, стремительные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, медикаментозная стимуляция родовой деятельности, проведение реанимационных мероприятий в родовом зале и последующее позднее прикладывание ребенка к груди).

Доброкачественное течение затянувшихся желтух отмечалось у 25 детей (96,5%), уровень билирубина снижался постепенно на фоне проводимой терапии и достигал нормальных показателей к 30 - 60 суткам.

Волнообразное течение отмечалось у одного ребенка, снижение уровня билирубина регистрировалось к 9-10 недели жизни, нормализация данного показателя регистрировалась на 11-12 недели жизни.

Существующие на сегодняшний день методы консервативного лечения неонатальных желтух не всегда позволяют добиться быстрого и стойкого снижения уровня билирубина в крови. Сохраняют свою актуальность медикаментозная терапия — желчегонные препараты, энтеросорбенты, препараты L-карнитина.

Анализ выписок из истории болезни показал, что самым эффективным лечением затянувшихся желтух является фототерапия, суть действия которой в фотоизомерации непрямого билирубина.

**Выводы:** Выявленные осложнения беременности и родов наряду с другими факторами способствуют развитию затянувшейся доброкачественной гипербилирубинемии у детей.

Частота встречаемости, затянувшихся неонатальных желтух в детском отделении составила 30%.

Детское отделение планирует определять билирубин, не повреждая кожу малыша с помощью тест полосок «Билитест».

Шире использовать в лечении затянувшихся желтух контактную фототерапию.

# **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ В ГБУЗ СО «САМАРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №15 ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА»**

**Кишов А.В.**

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

В работе нашего стоматологического отделения применяются фотополимерные КПМ. Эти материалы полимеризуются за счет световой энергии галогеновой лампы, дающий высокоэффективный голубой свет с длиной волны 450-500Нм, способный проникать на глубину до 2-3 мм.

Данные материалы позволяют осуществлять длительное моделирование анатомической формы зуба, так как полимеризация композита проводится по желанию и решению врача-стоматолога. Композиты этой группы обладают высокими физико-механическими и химическими свойствами. Эти материалы способны сохранять и укреплять структуру зуба.

Пломбы имеют длительную цветоустойчивость, эстетичны и косметичны. Эти материалы дают реальную возможность выполнять эстетическое пломбирование и реставрацию зубов с полостями 1-5 классов Блэка, уменьшить или закрыть диастему и тремы, изготовить штифтовый зуб, провести коррекцию цвета живого и депульпированного зубов, осуществить восстановление формы, положения зуба и утраченных тканей вследствие травмы.

В работе нашего стоматологического отделения применяются материалы светового отверждения: Филтек Z 250, Харизма, Валюкс Плюс, Те-Эконом.

Филтек Z 250 – универсальный микрогибридный композиционный пломбировочный материал. Он характеризуется высокой износоустойчивостью, возможностью выполнения многослойных реставраций, низкой усадкой, возможностью восстановления как фронтальных так и жевательных зубов. За последний год мною было поставлено 400 пломб Филтек Z 250. Через 12 месяцев, при контрольной проверке, в 96% случаев (384 пломбы) не выявлено изменений формы и цвета пломб. Отлом пломбы наблюдался в 2% случаев (8 пломб) и был связан с неадекватной жевательной нагрузкой на пломбы. В 2% случаев (8 пломб) было выявлено изменение цвета пломбы. Этот факт был связан с неудовлетворительной гигиеной полости рта.

Этот материал очень удобен в работе, легко устанавливается, сочетается с другими композитами, не критичен к инструментарию.

Так же нами широко используется светоотверждаемый материал Харизма. За 12 месяцев мною было поставлено 500 пломб из этого материала. При контрольной проверке через 12 месяцев в 92% случаев (460 пломб) изменений формы и цвета пломб не выявлено. В 6 % случаев (30 пломб) наблюдается отлом пломбы. 2% (10 пломб) можно примерно в равном соотношении разделить между изменением цвета пломбы и дефектом на границе пломба-зуб. Материал Харизма обладает достаточно высокой механической прочностью, высоким сходством с природными зубными тканями.

По результатам работы с этими материалами можно сделать вывод о том, что они являются достаточно эффективными и отвечают современным требованиям к пломбирочным материалам.

## **ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЕМНОЙ ЧАСТИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА**

*Комлева Т.Н., Комлев С.С.*

*ГБУЗ СО "Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района",  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Пациенты обращались в ГБУЗ СО "Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района" в зубопротезное отделение и на кафедру ортопедической стоматологии ГБУЗ ВПО СамГМУ Минздрава России с проблемой, что съемная часть конструкции утрачена, а несъемная - остается в полости рта и фиксирована на опорных зубах. Использованный способ изготовления бюгельного протеза с замковыми креплениями и сохранения фиксированной на зубах состоятельной несъемной конструкции, показал хорошие клинические результаты, которые подтвердили, что средства для фиксации съемных протезов с использованием замковых креплений обеспечивают фиксацию и стабилизацию и вместе с тем обеспечивают комфорт пользования протезами в течение длительного времени.

Нами предложено, чтобы после утраты пациентом бюгельного протеза при повторном изготовлении нового, использовать старую, фиксированную на зубах состоятельную несъемную конструкцию

Клинические исследования и ортопедическое лечение проводились в ГБУЗ СО "Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района" в зубопротезном отделении и на базе кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России в ГБУЗ СО «Самарская стоматологическая поликлиника № 3 Советского района». За период с 2013 по 2016 год к нам обратилось 37 пациентов, из них 10 мужчин и 27 женщины, с включенными и концевыми дефектами зубных рядов, которые пользовались бюгельными протезами с замковыми креплениями до его утраты. Возраст пациентов варьировал от 40 до 49 лет - 21 пациент (56,8%), от 50 до 59 лет - 8 пациентов (21,6%) и свыше 60 лет - 8 пациентов (21,6%).

Пациенты обращались с проблемой, что съемная часть конструкции утрачена (потеря, поломка бюгельного протеза, малого седловидного протеза), а несъемная - остается в полости рта и фиксирована на опорных зубах.

*Традиционный метод* восстановления утраченного бюгельного протеза с замковыми креплениями предполагает изготовление новой несъемной конструкции. Этот метод имеет ряд недостатков: замена конструкции бюгельного протеза с замковыми креплениями дорогостоящая; элемент замкового крепления располагается непосредственно в одиночной коронке или в мостовидном протезе, снятие конструкции фиксированной на зубах может привести к нежелательному повреждению опорных зубов или их удалению.

Новый тактический подход к изготовлению бюгельного протеза позволил сохранить находящиеся в полости рта состоятельные конструкции и изготовить на них бюгельные протезы с замковыми креплениями.

Проведено обследование 37 пациентов, обратившихся после утраты бюгельного протеза с замковыми креплениями, из которых 4 (10,8%) больных обратились повторно после проведенного ортопедического лечения, 33 (89,2%) - ранее проходили лечение в других ЛПУ г. Самара. На основании объективных методов исследования поставлены следующие диагнозы: частичное отсутствие зубов I класс по Кеннеди на 14 (31,8%)

челюстях, частичное отсутствие зубов II класс по Кеннеди на 15 (34,1%) челюстях, частичное отсутствие зубов III класс по Кеннеди на 15 (34,1%) челюстях. После проведенного клинико-лабораторного исследования, убедились, что все несъемные конструкции, фиксированные на опорных зубах состоятельны. Таким образом, было изготовлено 44 ортопедические конструкции, среди них 5 (11,4%) малых седловидных протеза на верхнюю челюсть, 7 (15,9%) малых седловидных протеза на нижнюю челюсть, 15 (34,1%) - бюгельных протезов с замковым креплением на верхнюю челюсть, 17 (38,6%) - бюгельных протезов с замковым креплением на нижнюю челюсть.

Способ изготовления бюгельного протеза с замковыми креплениями и фиксированной на зубах состоятельной конструкции осуществлялся следующим образом. Получали силиконовый оттиск с челюсти, на которую изготавливался бюгельный протез, двухслойным двухэтапным или одноэтапным методом с помощью С-силиконов (например, Speedex, Zetaplus), А-силиконов (например, 3М Express, elite HD, Ultrasil), полиэфиров (например, 3М Impregum). В оттиске заполняли беззольной моделировочной пластмассой низкой степени усадки (например, GC Pattern Resine LS) участок несъемной части конструкции - опорный зуб, содержащий замковый элемент или несколько опорных зубов с замковыми элементами. После окончательного затвердевания беззольной пластмассы, оттиск заливали супергипсом (например, GC FujiRock) и изготавливали рабочую модель. Для лучшего связывания беззольной пластмассы с супергипсом устанавливали металлические штифты, имеющие ретенционные пункты. После отделения оттиска от модели на замковую часть из беззольной пластмассы устанавливали втулку замкового крепления. Для предотвращения смещения, деформации элементов конструкции на модели, оттиск перед отделением от модели предварительно разрезали.

Рабочую модель устанавливали на столик фрезерно-параллелометрического устройства. С помощью аналитического стержня или 2 градусной фрезы определяли путь введения протеза. Химическим или восковым карандашом отмечали расположение дуги, седел. Пространство между втулкой и протезным ложем, поднутрения заполняли моделировочным воском (например, Модевакс МК универсальный). Устанавливали восковые накладки 0,3 мм в области дуги и 0,5 мм в области базиса протеза. Рабочую модель подготавливали к дублированию. Дублировали с помощью силиконовой массы (например, Elite double 22, Fegura Sil AD special) для точности отображения деталей замковых креплений. Модель устанавливали в кювету для дублирования. Кювету заполняли силиконом тонкой струей, для предотвращения появления воздушных пузырей в силиконе. После затвердевания силикона, рабочую модель извлекали из кюветы и в полученный оттиск заливали паковочную массу (например, Gilvest HS, Universal). Модель извлекали из кюветы, на огнеупорную модель переносили рисунок каркаса с рабочей модели, по которой моделировали будущий каркас бюгельного протеза. Восковый каркас покрывали финишным лаком и передавали в литейную лабораторию для отливки каркаса. С полученного металлического каркаса твердосплавными фрезами удаляли литники, выравнивали боковую поверхность дуги и поверхность, прилегающей к слизистой. Для ускорения процесса полировки использовали прибор для электрохимического полирования (например, Аверон). Элементы каркаса, где будет базис протеза, покрывали опалом красного цвета. Рабочую модель устанавливали в артикулятор и производили постановку искусственных зубов. В протез устанавливали втулки замкового крепления и проверяли точность изготовления бюгельного протеза с замковым креплением.

После наложения изготовленных бюгельных протезов с замковыми креплениями больные сразу отмечали удобство, незатруднительное наложение протеза в полости рта. Пациентов назначили на обследование через 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев, 24 месяца. Через 9 месяцев у пациента Н, 52 года, отмечалось ослабление фиксации бюгельного протеза, что составило 2,7 % случаев. Выявленное нами осложнение показало, что в протезе была установлена эластическая втулка, белой прозрачной маркировки, которая в дальнейшем была заменена на более жесткую, желтой маркировки.

На основании опроса и клинического наблюдения после ортопедического лечения все пациенты успешно пользовались изготовленными конструкциями. При отдаленном наблюдении пользования бюгельными протезами пациенты жалоб не предъявляли.

Таким образом, анализ ортопедического лечения в ГБУЗ СО "Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района" в зубопротезном отделении и на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России в ГБУЗ СО «Самарская стоматологическая поликлиника № 3 Советского района» 37 пациентов с применением бюгельных протезов с замковой фиксацией позволил сделать выводы о том, что эффективность ортопедического лечения зависит от рационального выбора способа изготовления конструкции бюгельного протеза, после его утраты, от клинических условий, топографии и протяженности дефекта. Применение бюгельных протезов с замковыми креплениями улучшает ситуацию в сроках адаптации больных к протезам, повышает качество жизни пациентов. Выбранный способ изготовления бюгельного протеза с замковыми креплениями позволяет получить новый высокоточный бюгельный протез и сохранить фиксированную на зубах состоятельную несъемную конструкцию.

## **ЛУНОЧКОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ И ГИПЕРТЕНЗИЯ**

*Копылова Д.Г.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Гемостаз – это физиологическая защитная реакция организма, направленная на остановку кровотечения из поврежденного сосуда. Физиологический гемостаз - это комбинированное взаимодействие ряда систем организма. Удаление зуба, как любая операция, сопровождается кровотечением, которое самостоятельно прекращается спустя несколько минут. Иногда этого не происходит, и кровотечение продолжается длительное время. Кровотечение после удаления зубов бывает первичным и вторичным. Первичное луночковое кровотечение бывает непосредственно после удаления, вторичное может начаться через некоторое время (через несколько часов или дней). Причины кровотечения могут быть общего и местного характера. К местным причинам относится разрыв и размозжение тканей, окружающих зуб, наличие гиперемии в связи с острым воспалительным процессом. Прекращение действия вазоконстрикторов может вызвать стойкий вазопарез в тканях вокруг раны. Причины кровотечения общего характера – это заболевания и состояния организма, которые сопровождаются снижением функциональной активности свертывающей системы крови, повышением проницаемости стенки капилляров, нарушением процессов регуляции спазма сосудов. К ним относятся заболевания крови, малярия, скарлатина, инфекционный гепатит, сыпной и брюшной тиф, отравление некоторыми металлами, цитостатиками. Упорные кровотечения наблюдаются у больных, получающих антикоагулянты, у женщин во время менструации.

В настоящее время одно из первых мест среди причин общего характера, приводящих к луночковому кровотечению, отводится гипертонической болезни и симптоматической гипертензии.

Гипертоническая болезнь - наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. Центральным звеном патогенеза

гипертонической болезни является изменение тонуса гладких мышц артериол. Меняются и физико-механические свойства сосудистой стенки: уменьшается растяжимость сосудов мышечного типа, возрастает их эластичность. Это является одной из основных причин пролонгированного кровотечения из лунки удаленного зуба. У больных с гипертонической болезнью имеется тенденция к гитеропластическому кровотечению вследствие нарушения всей системы регуляции кроветворения. Имеется также определенная зависимость между гипертонией и гипопротромбинемией. Причиной понижения содержания протромбина является нарушение функций застойной печени.

Нами проведен анализ историй болезни 52 пациентов с кровотечениями после операции удаления зуба в стоматологическом отделении ГБУЗ СО СГКП №15. Всем больным с постэкстракционным кровотечением проводилось измерение артериального давления. Оно оказалось повышенным у 36 пациентов, что составило 69% от всех случаев луночковых кровотечений. Из них имеют диагноз гипертоническая болезнь 22 человека, то есть 61%. Десять человек (27%) отметили, что замечали периодическое повышение давления. У четверых пациентов (11%) повышенное давление было зафиксировано впервые. Остановка кровотечения у пациентов с повышенным давлением проводилась различными местными методами: ушивание лунки в 19 случаях (53%), тугая тампонада иодоформной турундой – в 4 случаях (11%), тампонада гемостатической губкой – в 6 случаях (16,6%), тампонада с капрамином – в 7 случаях (19,4%). В подавляющем большинстве случаев местных мероприятий оказалось недостаточно. 32 больным (88%) была проведена гипотензивная терапия. У 10% больных кровотечение остановилось без применения гипотензивных средств, таблетированные средства (капотен) применялись с успехом у 54% пациентов. Необходимость в применении инъекционных препаратов возникла у 44% больных. Как правило, после проведенных мероприятий интенсивность луночкового кровотечения заметно снизилась, но в некоторых случаях при повторном осмотре лунка удаленного зуба была «сухая», то есть полноценный сгусток так и не образовался. В таких случаях заживление происходило под наблюдением стоматолога с применением альвеолярных компрессов. В трех случаях стабилизации артериального давления добиться в условиях поликлиники не удалось, пациенты были госпитализированы.

Следовательно, удаление зубов у пациентов с повышенным артериальным давлением должно проводиться планомерно, после предварительной консультации у врача общей практики с проведением адекватной гипотензивной терапии. Необходимо избегать множественных, травматичных удалений в одно посещение, так как вероятность луночкового кровотечения возрастает многократно.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ШКОЛЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **Кротова Н.А., Филимонова З.В.**

*ГБУЗ СО «Самарская Городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Современный ребенок испытывает огромную нагрузку: учёба в школе, дополнительные занятия музыкой, спортом и языками, подготовительные курсы – всё это колоссальная трата энергии организма. Поэтому дети и подростки наиболее подвержены нарушению обмена веществ. Важную роль в этом играет их питание. Избыточное поступление животных жиров, легко усваиваемых углеводов или недостаток микроэлементов и витаминов ведет у детей к серьезному дисбалансу в организме. Можно выделить два полярных расстройства питания: избыточный вес и недостаточный вес.

По данным Всемирной организации здравоохранения, более 177 млн. детей и подростков во всем мире имеют лишний вес. По данным Института питания РАМН, распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей от 5 до 15 лет в России составляет в среднем 19,9 % среди мальчиков и 5,6 % среди девочек.

Проблема нездорового питания детей и подростков связана, во-первых, с недостаточным потреблением различных микроэлементов. А, во-вторых, наши дети потребляют все больше продуктов с повышенным содержанием сахара, соли и жиров.

Почему вес ребенка изменяется? Наиболее частая причина ожирения – потребление слишком большого количества пищи и сидячий образ жизни. Если ребёнок предпочитает фаст-фуд, сладкое, чипсы и газированные напитки, перекусы вместо полноценного питания, а все время проводит за партой, просмотром телевизора или игрой на компьютере, то накопившуюся энергию организму некуда расходовать. Происходит сбой в обмене веществ, накопление жира про запас. Многие дети с помощью пищи пытаются «заесть стресс».

Чем это опасно? Жир откладывается не только в коже, но и во внутренних органах, нарушая их работу, повышая риск развития таких заболеваний, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, атеросклероз и некоторых других. Сознательное ограничение в пище приводит к раздражительности, ухудшению состояния кожи, ломкости ногтей и волос. Особенно опасно как избыточная, так и недостаточная масса тела в период пубертата, так как именно в жировой ткани происходит накопление половых гормонов, а их дисбаланс может привести к серьезным последствиям.

Лишний вес – это риск развития сахарного диабета 2-го типа. Это потенциальное бесплодие: и мужское, и женское. У мальчиков происходит задержка полового развития, у девочек, напротив, оно ускоряется, в дальнейшем может развиваться поликистоз яичников. Кроме того, лишний вес – это растяжки на коже, жировые складки на юном теле, угри на подростковом лице, это и психологические проблемы – ребенок начинает стесняться своей внешности. Ожирение – это хроническая жировая дистрофия печени – гепатоз, который может привести к циррозу.

В период активного роста, когда костная ткань еще не сформирована, из-за лишнего веса начинаются проблемы с суставами, позвоночником.

Ожирение – это ранний атеросклероз, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца – эти болезни «благодаря» ожирению значительно молодеют.

Проанализированы итоги проведенных медицинских осмотров в МБОУ СОШ № 5 г. о. Самара за прошедшие 3 года.

На рис. 1 представлена распространенность заболеваний, связанных с патологией эндокринной системы в зависимости от возраста:

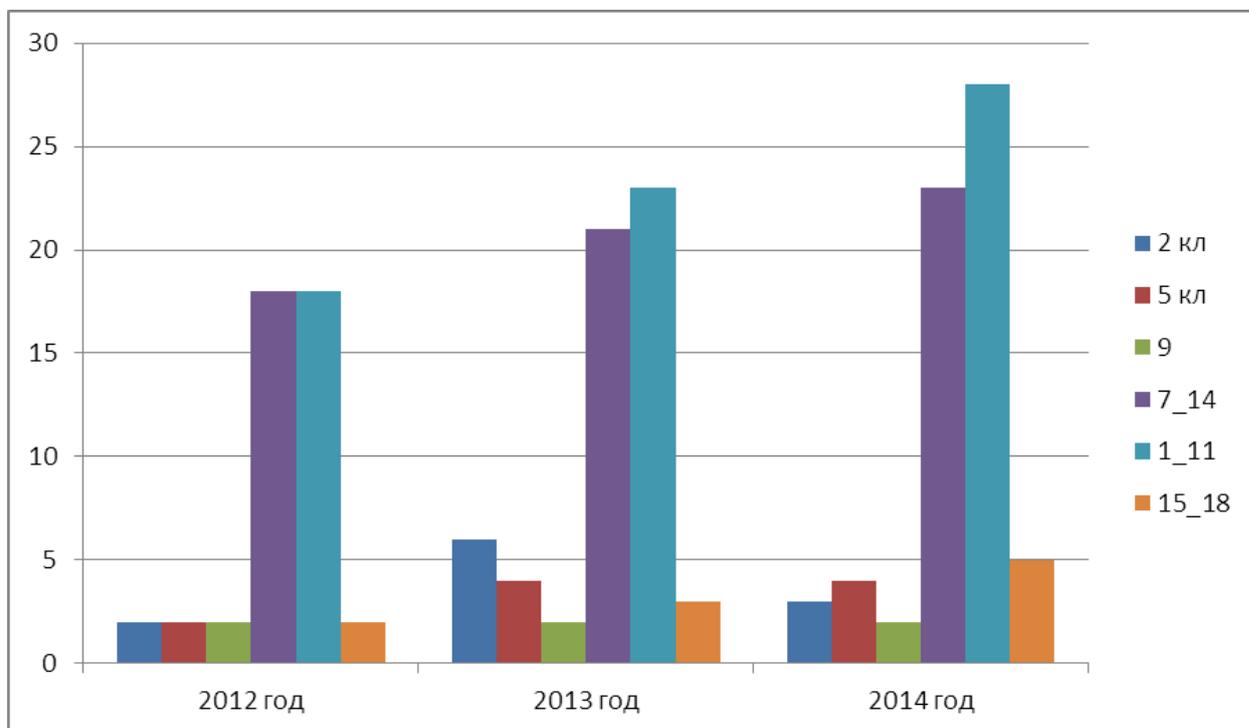


Рис.1. Распространенность заболеваний, связанных с патологией эндокринной системы в зависимости от возраста (в %)

Отчетливо видна тенденция к росту заболеваний.

Среди школьников проводится профилактическая работа с целью предупреждения заболеваний, связанных с ожирением:

- во время ежегодной диспансеризации проводится антропометрия с определением центильных коридоров физического развития, высчитывается индекс массы тела. В случае если у ребенка обнаруживается избыточный вес или ожирение, об этом сообщают его родителям, выдается направление к эндокринологу;
- медицинская сестра осуществляет ежедневный контроль за питанием в школьной столовой, ведет и анализирует накопительную ведомость, вносит предложения по изменению ежедневного рациона;
- совместно со специалистами Центра Здоровья детям с избыточным весом и ожирением выдается памятка с рекомендациями по здоровому питанию и оптимальной физической активности;
- в школе проводится анкетирование учащихся с целью выявления тенденций к нездоровому питанию в семье, проводятся дни здоровья, викторины на

тему здорового образа жизни, спортивные соревнования среди детей всех возрастных групп.

Правильно подобранная диета с обязательным включением всех необходимых веществ, поддержание здорового образа жизни всей семьей, безусловно, принесут положительные плоды.

Основные компоненты, необходимые для здоровья: полноценный сон, чистая вода, правильное питание, зарядка, свежий воздух, любимое занятие.

## **ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА**

***Кривошеева Т.Ю.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Диабетическая ретинопатия (ДР)- микрососудистые нарушения и изменения сетчатки, в терминальной стадии приводящие к полной слепоте.

Сахарный диабет (СД) в настоящее время приравнивается к "неинфекционной эпидемии XXI века" в связи с его огромной распространенностью (более 190 млн. человек в мире), а также с самой ранней из всех хронических заболеваний инвалидизацией больных и высокой смертностью. В развитых европейских странах распространенность сахарного диабета составляет 4-6 % в общей популяции (3.7% взрослого населения прикрепленного на 4 участок 4 ОВОП страдают СД), а среди лиц с факторами риска и у пожилых достигает 30 %. К 2025 году ВОЗ предсказывает увеличение числа больных СД на 41 % (до 72 млн. человек) в развитых странах, а в развивающихся - на 170 %. По летальности СД занимает 3-е место после сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний, забирая ежегодно более 300 тысяч жизней. Ежедневно в мире до 40 тыс. больных СД теряют зрение. Диабетическая ретинопатия (ДР) является основной причиной слепоты среди лиц трудоспособного возраста в развитых странах. Она составляет 80-90% от всей инвалидности по зрению, обусловленной сахарным диабетом. Слепота у больных сахарным диабетом наступает в 25 раз чаще, чем в общей популяции.

Ниже приведена информация о структуре больных СД на 4 участке 4ОВОП состоящих на диспансерном учете в 2015г. (табл.1)

Таблица 1

Структура больных СД на 4 участке 4ОВОП

Возраст, лет	Диагноз СД, тип	В диагнозе ДР	Получают инсулин	Нетранспортабельные больные	Осмотрены Эндокринологом	Осмотрены окулистом	Сопутствует дислипидемия	Сопутствует АГ	Получают статины
До 30 муж	1		1		1				

До 30 жен	2	1	2		2				
30-39 муж	1		1		1				
30-39 жен									
40-49 муж	3				2		1	1	
40-49 жен	1				1			1	
50-59 муж	5		1		5	1	2	4	2
50-59 жен	10		1		8	2	6	7	4
60-69 муж	7	1	2	1	6		6	7	4
60-69 жен	15	3	2		11	9	10	14	3
70-79 муж	2				2	2	2	2	1
70-79 жен	10	2	4	2	5	8	7	9	1
Старше 80 муж									
Старше 80 жен	7	3	1	3	6	4	3	7	1
Всего	64	10	15	6	50	26	37	52	16

Согласно данным литературы частота развития ДР:  
• у больных СД типа 1 через 5-7 лет после начала заболевания в 15-20% случаев, через 10 лет - в 50-60%, а через 20 лет - почти у всех больных, из них у 2/3 в пролиферативной стадии.

• у больных СД типа 2 в 15-20% случаев выявляется уже при установке диагноза, через 19 лет в 50-70% случаев, а через 30 лет более чем у 90% больных, из них у 1/5 в пролиферативной стадии.

Из анализа медицинских карт больных СД на участке следует, что ДР диагностирована у 25% больных СД 1 типа, и у 15% больных СД 2 типа.

Основными симптомами ДР являются:

1. Снижение остроты зрения. ДР сетчатки протекает безболезненно, и на ранних стадиях заболевания пациент может не замечать снижения зрения.

2. Пелена, плавающие темные пятна, мушки и молнии перед глазами – признак возникновения внутриглазных кровоизлияний.

3. Размытое, нечеткое зрение при выполнении работы на близком расстоянии или чтении- признак развитие отека центральных отделов сетчатки.

4. Резкая потеря зрения при обширных кровоизлияниях и последующей тракционной отслойки сетчатки глаза.

Факторы риска развития ДР:

1. Высокий уровень гликемии и его резкие колебания.

2. Длительность заболевания СД.

3. Поздняя диагностика СД.

4. Неадекватное лечение и недостаточный контроль над обменными процессами в организме.

5. Беременность часто способствует быстрому прогрессированию ДР.

6. Артериальная гипертензия при недостаточном контроле приводит к прогрессированию ДР и развитию пролиферативной ДР при диабетах I и II типов.

7. Генетические факторы.

8. Другие факторы риска — курение, ожирение, гиперлипидемия.  
Основные факторы риска развития ДР подразделяются на две группы:

1. немодифицируемые.

- Длительность заболевания СД.
- Генетические факторы.

2. модифицируемые.

- Гипергликемия (HbA1c).
- Артериальная гипертензия.
- Дислипидемия.

Ниже приводятся данные выявления модифицируемых факторов риска ДР среди больных СД на 4 участке 4ОВОП (табл.2)

Таблица 2

Выявление модифицируемых факторов риска ДР среди больных СД на 4 участке 4ОВОП (%)

Возраст, лет	до 40	40-49	50-59	60-69	70-79	Старше 80
Артериальная гипертензия						
Муж	-	33	80	100	100	
Жен	-	100	70	93	90	43
Дислипидемия						
Муж	-	33	40	86	100	
Жен	-		60	67	70	100

Все больные СД, состоящие на диспансерном учете должны быть обследованы офтальмологически (первично-ВОП, при выявлении изменений офтальмологом).

Периодичность осмотров больных СД офтальмологом:

1. Больные СД 1 типа и СД 2 типа без изменений на глазном дне:
  - при легкой форме СД 1 раз в год;
  - при средне и тяжелой формах СД (HbA1c более 9%, протеинурия) не реже 1 раза в 6-8 месяцев;
2. Больные СД с жалобами на ухудшения зрения – немедленно.
3. Больные СД перед началом интенсивной инсулинотерапии.
4. Женщины больные СД планирующие беременность обязательная консультация офтальмолога, после подтверждения беременности 1 раз в 3 месяца.
  - при прерывании беременности 1 раз в месяц в первые три месяца после прерывания беременности
5. Больные СД 1 типа и СД 2 типа после постановки диагноза ДР:
  - непролиферативная ДР -1 раз в 6-8 месяцев;
  - препролиферативная ДР -1 раз в 3-4 месяцев;
  - пролиферативная ДР -1 раз в 2-3 месяцев;
  - значимый макулярный отек -1 раз в 3 месяца.

В ГБУЗ СО СГКП 15 используется, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ N 1492н от 24 декабря 2012 года, стандарт

первичной медико-санитарной помощи при диабетической ретинопатии и диабетическом макулярном отеке. Он заключается в следующем:

1.Основной задачей при лечении ретинопатии является стабилизация уровня сахара на должном уровне и компенсация сахарного диабета, контроль артериального давления и поддержание его на нормальном возрастном уровне, коррекция нарушений липидного обмена.

2.При медикаментозном лечении назначают антиоксиданты, сосудоукрепляющие препараты, а также препараты улучшающие метаболизм ткани сетчатки (Доксиум, Диваскан, Танакан, Вобэнзим, Вессел Дуэ Ф, Ретиналамин, Докси-Хем, Фенофибрат (Трайкор))

3.Рассеянная фотокоагуляция - происходит коагуляции патологических тканей, что останавливает рост новообразованных сосудов и количество кровоизлияний снижается.

4.Направленная фотокоагуляция - целенаправленное прижигание патологических сосудов.

5.Для уменьшения роста новообразованных сосудов проводят инъекции специальных препаратов – люцентиса или авастина внутрь глаза.

6.Витрэктомия - хирургический метод применяют при далекозашедшей пролиферативной ретинопатии, которая сопровождается отслойкой сетчатки и множественных кровоизлияниях в стекловидное тело.

На 4 участке 4ОВОП из 64 больных СД в 2015г осмотрены окулистом 26 человек (41%), из них 12 человек обращались к офтальмологу по поводу глаукомы и катаракты. Редко приходят на профилактические осмотры больные СД 2 типа работающие среднего и предпенсионного возраста, а также работающие пенсионеры.

Основной задачей участкового терапевта по профилактики развития ДР у больных СД – это выявление групп риска и назначение адекватного лечения артериальной гипертензии и дислипидемии, совместно с эндокринологом достижение устойчивой компенсации СД.

Одной из задач участкового врача – убедить пациента в необходимости посещения «школы СД» и «школы АГ», соблюдения диеты, режима труда и отдыха, регулярного приема назначенных лекарственных средств, обязательного ежегодного осмотра офтальмолога.

Диагностика и своевременное, комплексное лечение ДР в ряде случаев позволяет избежать развития слепоты и способствует улучшению качества жизни больного СД.

## **ПРОФИЛАКТИКА – ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

*Кузина Е. О.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Профилактика – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо заболевания или устранение факторов риска развития заболевания.

Профилактические мероприятия – важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Профилактика бывает **первичная** – это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность и т.д.). **Вторичная** профилактика – это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Некоторые специалисты предлагают термин **третичная** профилактика как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

На рисунке 1 мы видим влияние и распространенность факторов риска на население.

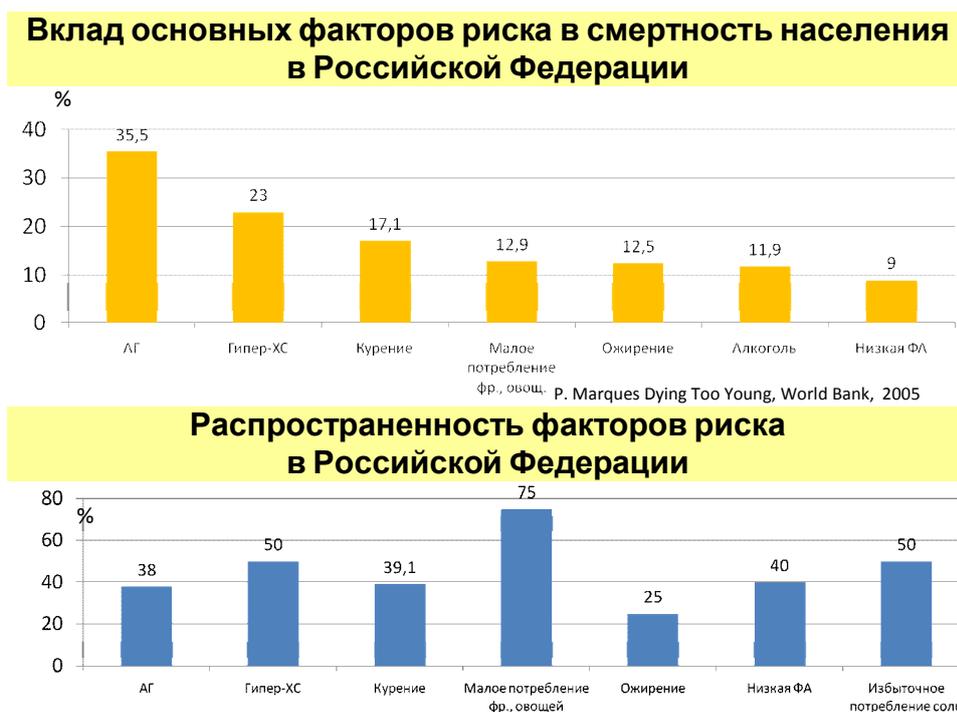


Рис.1. Характеристика факторов риска в Российской Федерации

Для снижения столь удручающих показателей в ГБУЗ СО СГКП № 15 была разработана целая программа профилактических мероприятий. Открыт «Центр Здоровья», действует программа «Диспансеризация определенных групп взрослого населения», открыты тематические обучающие школы для пациентов. «Школа сахарного диабета», «Школа артериальной гипертензии», «Школа бронхиальной астмы», «Школа остеохондроза», «Школа ЗОЖ» и др.

Для увеличения доступности медицинской помощи населению пациент может взять талон на прием непосредственно к медицинской сестре. Вот

разделы профилактической помощи, практически полностью осуществляемые средним медицинским персоналом: флюорографическое обследование населения, онкоосмотры, вакцинация, проведение образовательных программ, приглашение и начало обследования пациентов состоящих на диспансерном учете. Медицинские сестры на приеме проводят индивидуальные образовательные беседы с пациентами и проводят набор на групповое обучение в обучающие школы. Планирование основных профилактических мероприятий на участках при помощи информационных технологий с использованием баз данных о состоянии здоровья пациентов за предыдущие несколько лет позволяет охватить профилактическими мероприятиями максимальное число прикрепленного населения.

Число лиц, обученных основам здорового образа жизни в ГБУЗ СО СГКП № 15 в 2015 году составляет 31415 человек. Число пациентов обученных в «школах» 15175. Количество лиц, обученных в школе для больных артериальной гипертензией – 1915, в школе для больных с бронхиальной астмой – 1107, в школе по формированию здорового образа жизни – 1730 человек.

На рисунке 2 представлена экономическая эффективность увеличения количества медсестринских посещений.

## Экономическая эффективность



**Увеличение числа посещений, выполненных на самостоятельном приеме медицинскими сестрами приводит к снижению экономических затрат системы здравоохранения на 11 021 645 рублей (по данным 2015 года), а рост числа пациентов, принятых медицинскими сестрами повышает доступность медицинской помощи до 17,5%**

Рис.2. Экономическая эффективность увеличения количества медсестринских посещений

Организация оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом является одним из наиболее доступных и экономичных способов оказания широкого спектра медицинских услуг, позволяющих отказаться от необоснованного использования высококвалифицированного персонала путем

делегирования полномочий наиболее подготовленным медицинским работникам среднего звена.

Учитывая кадровые ресурсы и уровень профессиональной подготовки, систему сестринского обслуживания следует рассматривать как часть единого процесса оказания медицинской помощи.

Приоритетным направлением работы медицинских сестер следует считать профилактическую направленность и формирование здорового образа жизни.

Ведь правильно построенная профилактическая работа приводит к значительному уменьшению количества инфекционных заболеваний, снижению числа обострения хронических заболеваний и уменьшению количества регистрации первичных заболеваний. А как следствие, увеличивается продолжительность жизни населения, повышается ее качество и снижаются показатели смертности.

## **ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ - НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

*Куйдина Т. В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Этика - это наука о морали и нравственности, то есть нормах поведения выработанных обществом в реальных поступках человека. Деонтология - это учение о долге и принципах поведения медицинского персонала, направленное на создание благоприятных условий для эффективного лечения пациентов.

В 1997 году Ассоциацией медицинских сестер России был разработан и принят «Этический кодекс медицинской сестры». Создание этого документа стало важным этапом реформы сестринского дела в России. Основной целью явилось утверждение автономии и самостоятельности профессии медсестры общей практики. Кодекс отразил современные представления о правах пациента, которые диктуют содержание профессиональной деятельности медсестры и определяют формулу ее морального долга.

Медицинская сестра большую часть профессиональной деятельности находится с пациентом, при этом ей приходится выполнять и руководящую, и воспитательную, и просветительную деятельность. Для пациента, обратившегося в лечебное учреждение, важно не только лечение, но и первое впечатление, которое производят на пациента медицинские работники и медицинское учреждение. В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения - чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений. Именно поэтому необходимо

отметить особое значение этики и деонтологии в деятельности медсестры общей практики.

Личность медицинской сестры, метод ее работы, умение обращаться с больными, владение техникой психологической работы с пациентами — все это само по себе может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие. Важнейшими качествами медицинской сестры считаются: уважительное отношение к пациентам, стремление помогать им, внимание, терпимость, доброта, вежливость, душевность. Всё в медсестре должно располагать к себе пациента и только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании.

Немаловажную роль играют - внешний вид, выражение лица, речь медсестры. С пациентом надо общаться на понятном для него языке, не применяя «лишней» медицинской терминологии и тем более ненормативной лексики.

Важным моментом в профессиональной деятельности является отношения с коллегами внутри коллектива. Медицинская сестра обязана поддерживать вежливые, уважительные отношения с сотрудниками независимо от настроения или состояния отношений с тем или иным человеком коллектива. Недопустимы конфликты, публичное выражение негативных эмоций. При общении с коллегами необходимо соблюдать субординацию.

Медицинская этика требует от специалиста не только не причинения зла, но и свершения благодеяний. Благодеяние — моральный долг медицинских сестер. В отношении пациента у врача и медицинской сестры были, есть и будут всегда общие цели и задачи — сохранение его здоровья и жизни. Одно из важнейших направлений профессиональной этики - взаимоотношения врача и медицинской сестры. До недавнего времени не поднимались эти вопросы, так как медицинской сестре отводилась однозначная роль - технической помощницы врача, имеющая вспомогательный характер. Развитие медицины вносит коррективы - медицинская сестра общей практики становится представителем самостоятельной профессии. Взгляды врача и медсестры на какие-либо особенности ухода за больным могут не совпадать. Тогда нужно тактично обсудить спорные вопросы с врачом и выработать единый план ухода. Однако право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с профессиональными знаниями и практическими умениями.

Для проведения анализа и определения уровня развития этического воспитания медсестер общей практики было составлено и проведено анкетирование. Анкетирование проводилось в ГБУЗ СО СГКП №15 Промышленного района города Самара и состояло из двух типов вопросников. Первый вопросник состоял из 10 вопросов и был предназначен для врачей. Он позволяет определить уровень грамотности в области этики и деонтологии среднего медицинского персонала, применение данных принципов на практике. Всего в опросе принимало участие 20 врачей. Второй вопросник состоял из 8 вопросов и был предназначен для проведения анкетирования 30 пациентов, который позволяет выявить уровень этического и деонтологического поведения

медсестер общей практики в сестринском процессе, а также получить оценку деятельности медсестринского персонала в области этики и деонтологии со стороны пациентов.

Анализируя ответы на вопрос, о том насколько часто приходится сталкиваться с неэтичным обращением со стороны среднего медицинского персонала, 25 % врачей ответили, что приходилось, но не часто, 10 % ответили, что часто и 65 % респондента из 20 опрошенных ответили, что они не сталкивались с неэтичным обращением со стороны среднего медицинского персонала. На вопрос о том, что входит в понятие этики и деонтологии сестринского дела врачи ответили: в первую очередь — культура общения, внешний вид — 20 % респондентов из 20 опрошенных, 15 % респондентов считают важными культуру поведения, грамотность, соблюдение субординации, 15 % респондентов считают важным — вежливое отношение, 10 % респондентов считают, что важны в первую очередь — сочувствие, сострадание и доброта, 15 % считают важным — добродушное отношение к больным, 15 % участников думают, что важным является хорошее общение с врачом, 10 % ответили — чуткое отношение ко всем больным, уважительное отношение к врачам. Из ответа респондентов можно сделать выводы, что культура общения среднего медицинского персонала находится не на должном уровне не только в отношении больных, но и в отношении врачей. Основными факторами, которые мешают внедрению принципов этики и деонтологии, 55 % участников отметили — квалификационные характеристики, 35 % респондентов отметили личностные факторы и лишь 10 % отметили — материальный фактор. Квалификационный фактор говорит о том, что средний медицинский персонал не имеет достаточной квалификации в данном вопросе, поэтому основной уклон необходимо делать на повышение квалификации медицинских сестер, внедрение обучающих тренингов или школ этики и деонтологии. Личностный фактор также немаловажен и также может быть проработан на курсах повышения знаний в области повышения уровня грамотности по этике и деонтологии. Материальный фактор как мотивация был также отмечен, но меньшим числом респондентов, отсюда можно сделать вывод, что основная причина, по мнению врачей, остается низкая квалификация в области этики и деонтологии среднего медицинского персонала.

При анализе ответов пациентов, принимавших участие в анкетировании, в первую очередь хотелось узнать, как часто им приходилось сталкиваться с грубым отношением со стороны среднего медицинского персонала, 20 % участников ответили, что приходилось, но не часто, 10 %, что сталкиваются часто, 70 %, что не приходилось. Важным критерием оценки работы медсестры для пациентов является доброжелательное отношение к ним. Исходя из этих данных, можно сделать основной вывод, что этика и деонтология для пациентов также стоит на первом месте, ведь доброжелательное отношение к пациентам это основа этики и деонтологии.

**Выводы:** С целью повышения знаний среднего медицинского персонала желательно включать в план систематического повышения квалификации

вопросы медицинской этики, деонтологии и этикета. Во время аттестации медицинских сестер обязательно необходимо учитывать данные предварительных анкетированных опросов, как врачей, так и пациентов. Включить в программу обучения в медицинских колледжах вопросы современного этического и эстетического воспитания студентов.

В заключение можно привести слова медицинской сестры Флоренс Найтингейл, сказанные еще 100 лет назад «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную — для понимания больных, научную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными».

## **РОЛЬ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Куликова С.Н., Силаева И.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Онкологические заболевания наносят весьма существенный урон обеспечению демографической безопасности страны; после сердечно-сосудистых они являются второй причиной смертности населения России и других экономически развитых стран мира.

Опухолевые клетки значительно отличаются от нормальных не только морфологически, но и биохимически. В них присутствуют соединения получившие названия онкомаркеров. Обнаружение данных соединений послужило основой для создания диагностических тест-систем.

В настоящее время в нашей поликлинике имеет место определение двух онкомаркеров: общий ПСА и СА-125.

Простатический специфический антиген (ПСА) - гликопротеид, выделяемый клетками эпителия канальцев предстательной железы.

Допустимые значения общего ПСА в зависимости от возраста:

40-49 лет — 2,5 нг/мл;

50-59 лет — 3,5 нг/мл;

60-69 лет — 4,5 нг/мл;

70-79 лет — 6,5 нг/мл.

Период полужизни ПСА 2-3 дня. Значительное повышение уровня ПСА в сыворотке иногда обнаруживают при гипертрофии простаты, а также при воспалительных заболеваниях простаты. Пальцевое ректальное исследование, цистоскопия, колоноскопия, трансуретральная биопсия, лазерная терапия, задержка мочи также могут вызвать более или менее выраженный и длительный подъем уровня ПСА. Влияние этих процедур на уровень ПСА максимально выражен на следующий день после их проведения и наиболее значительно у больных с гипертрофией простаты. Исследование ПСА в таких случаях рекомендуют проводить не ранее чем через 7 дней после проведения перечисленных процедур.

Исследование ПСА применяют для диагностики и мониторинга лечения рака предстательной железы, при котором концентрация его увеличивается, а также для мониторинга состояния пациентов с гипертрофией простаты в целях как можно более раннего обнаружения рака простаты. Уровень ПСА от 4,0- 10

нг/мл даёт возможность подозревать рак. Данный уровень наблюдается у 20% больных раком и 80-90% у больных с аденомой предстательной железы. Признаки доброкачественной гиперплазии можно выявить у мужчин в возрасте 40-45 лет. В возрасте старше 50 лет около 50% мужчин страдают этим заболеванием, у мужчин старше 60 лет заболевание встречается в 50-75 % случаев, а в возрасте старше 80 лет - у 85% мужчин. Анализ выявляемости аденомы предстательной железы в КДЛ ГКП №15 за 2013-2015 г.г. приведен в таблице 1.

Таблица 1

**Выявляемость аденомы предстательной железы в  
КДЛ ГКП №15 за 2013-2015 г.г.**

Год	Общее количество повышенных значений	Из них первичных
2013	121	41 (33,8 %)
2014	230	158 (68,6 %)
2015	176	75(42,6 %)

Мониторинг концентрации ПСА обеспечивает более раннее обнаружение рецидива и метастазирования, чем прочие методы. При этом изменения даже в пределах границ нормы являются информативными. После тотальной простатэктомии ПСА не должен выявляться, обнаружение его свидетельствует об остаточной опухолевой ткани, региональных или отдаленных метастазах. Следует учитывать, что уровень остаточной концентрации лежит в пределах от 0,05 до 0,1 нг/мл, любое превышение этого уровня указывает на рецидив. Определение уровня ПСА проводят не ранее чем через 60-90 дней после операции в связи с возможными ложноположительными результатами из-за незавершенного клиренса ПСА, присутствовавшего в крови до простатэктомии.

При эффективной лучевой терапии уровень ПСА должен снижаться в течение первого месяца в среднем на 50%. Уровень ПСА снижается и при проведении эффективной гормональной терапии. Контроль за уровнем ПСА у больных с леченым раком простаты следует проводить каждые три месяца, что позволяет своевременно выявить отсутствие эффекта от проводимой терапии.

**Раковый антиген СА-125** - гликопротеин, присутствующий в серозных оболочках и тканях. Концентрация антигена повышается при заболеваниях этих тканей, беременности и менструации. Значительное увеличение уровня СА-125 в крови наблюдают иногда при различных доброкачественных гинекологических опухолях, а также при воспалительных процессах, вовлекающих придатки матки. Незначительный подъем уровня этого маркера выявляют также в первом триместре беременности, при различных аутоиммунных заболеваниях, гепатите, хроническом панкреатите и циррозе печени. Применяют этот маркер, главным образом, для мониторинга рака яичников и диагностики его рецидивов. Регрессия опухоли или удаление ее хирургическим путем сопровождается уменьшением содержания СА-125 в крови. СА-125 коррелирует с ремиссией заболевания при химио- и

химиолучевом лечении. Повышение уровня СА-125 в крови связано с прогрессирующим опухолевым процессом.

Референтные величины:

- у женщин -до 35 МЕ/мл;

- при беременности — до 100 МЕ/мл.

Анализ выявляемости в КДЛ ГКП №15 за 2013-2015 г.г. приведен в таблице 2.

Таблица 2

**Выявляемость ракового антигена СА-125 в КДЛ ГКП №15 за 2013-2015 г.г.**

Год	Общее количество повышенных значений	Из них первичных
2013	30	28 (93%)
2014	48	36 (75 %)
2015	52	29 (56%)

Са-125 полезный маркер для оценки эффективности лечения и раннего обнаружения рецидивов эндометриоза. Повышение СА-125 коррелирует со стадией эндометриоза: при 1-2 стадией концентрация повышена у 25% больных, при 3-4 стадии - у 54 %. Концентрация не превышает 65 МЕ/мл.

Уровень СА-125 повышается у 15-30% больных со злокачественными опухолями ЖКТ, поджелудочной железы, бронхов, молочной железы. Значение превышает 150-200 МЕ/мл.

Клинические примеры.

Современная диагностика с использованием методов ИФА улучшает качество жизни пациентов.

1) Пациент Н. 61 год. В апреле 2014 года PSA - 7,4 МЕ/мл. После консультации уролога был направлен в ГБУЗ СОКОД. При выписке - рак простаты. Рекомендовано оперативное лечение. Прооперирован в августе 2014 года. В сентябре PSA- 0,01 МЕ/мл. Это свидетельствует о клиническом выздоровлении.

2) Пациентка Н. 57 лет. В июле 2015 года СА-125 - 91,4 МЕ/мл. В августе консультация в ГБУЗ СОКОД. Рекомендовано оперативное лечение по поводу рака яичника. В сентябре 2015 прооперирована. В декабре СА-125 - 10,0 МЕ/мл. Это свидетельствует о клиническом выздоровлении.

В России ежегодно заболевает злокачественными новообразованиями более 400 тысяч человек в год; каждый год от рака умирают 300 тысяч человек, из которых 30% людей трудоспособного возраста. Важную роль в своевременном выявлении опухолевого процесса играет иммуноферментный метод определения онкомаркёров, которые необходимо шире исследовать при подозрении на опухолевый процесс.

**КАК ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПОЛОЖЕНИЯ GOLD 2014 В РЕАЛЬНОЙ**

## **ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ?**

*Купаев В.И., Щелкунова Л.А., Буцык Н.В.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой значительную медико–социальную проблему.

ХОБЛ является вторым по распространенности неинфекционным заболеванием по данным различных эпидемиологических исследований, составляя 9,3 на 1 тыс. населения среди мужчин и 7,3 на 1 тыс. населения среди женщин старше 40 лет. По данным официальной статистики во многих регионах РФ распространенность ХОБЛ нередко ниже, т.к. представляемые статистические показатели основаны преимущественно на учете клинически выраженных стадий ХОБЛ, когда пациент уже не может не обратиться к врачу [1]. ХОБЛ, по данным Европейского респираторного общества, как правило, диагностируется своевременно только в 25% случаев.

В настоящее время приняты новые подходы к диагностике и организации наблюдения больных с ХОБЛ, нашедшие свое отражение в GOLD 2014 [2]. Решено отказаться от прежнего определения стадии ХОБЛ только по значению показателя ОФВ<sub>1</sub>. Тяжесть заболевания оценивается комплексно и включает оценку влияния симптомов на состояние пациента, определение степени обструкции, риска обострений, госпитализаций и смерти. Для выбора эффективной терапии был предложен выделять фенотипы болезни[3].

Развернувшаяся в российском здравоохранении дискуссия разделила, как на сторонников, так и противников целесообразности перехода на новую классификацию заболевания в соответствии с новыми международными рекомендациями [4]. Сторонники видят прогрессивные стороны такого перехода в оценке тяжести заболевания с учетом полноты клинических проявлений ХОБЛ, а не только по показателям функции внешнего дыхания, в возможности прогнозирования риска обострения, в выработке индивидуального подхода к пациенту. Противники - «скептики» считают, что врачи общей практики, из-за своей загруженности не готовы принять новые технологии по оценке клинической картины ХОБЛ у пациентов, что новая классификация слишком сложна, несовершенна.

Поэтому остается актуальной задача в разрешении спора по оценке возможности реализации новых положений GOLD 2014 во врачебной практике в условиях оказания амбулаторно-поликлинической помощи в РФ.

Для решения поставленной задачи нами были проанализировано 599 больных с ХОБЛ, находящихся под диспансерным наблюдением в ГБУЗ СО ГКП15 и включенных в одноименный регистр. При этом мужчин было 340 человек (56,8%), женщин 259 человек (43,2%), лиц моложе 40 лет 10 человек (1,7%). Учитывая, что мужчин из числа прикрепленного населения к ЛПУ старше 40 лет составило 15081, а женщин – 23658 человек, то распространенность больных с ХОБЛ на территории составляет среди мужчин 22,5 на 1 тыс. населения, а женщин 10,9 на 1 тыс. населения. Причем за 2014

год было выявлено 96 новых больных с ХОБЛ. Во многом этому способствовали скринговые обследования, диспансеризация населения. Так после дообследования лиц с выявленными факторами риска (курение табака) ХОБЛ диагностируется в 32,5% случаев.

До недавнего времени в РФ применялась классификация ХОБЛ по степени тяжести, где основными были спирометрические показатели. Так из 599 больных с ХОБЛ пациенты с легкой степенью составили 17% (n=102 чел), со средней степенью тяжести 53,9% (n=323 человека), с тяжелой – 29% (n=174). Начиная с 2012 года, а с 2014 года особенно, в России стала распространяться новая классификация с буквенной аббревиатурой ABCD. По этой классификации учитываются как данные спирометрии, так и ответы на валидизированные опросники САТ и mMRS, частота обострений ХОБЛ. Распределение всех больных, включенных в регистр, позволило отнести 15,8% к группе А, 40,8% больных к группе D, 2,5% к группе С, 38,15% больных к группе В. Данное соотношение отражает то, что к врачу больные с ХОБЛ обращаются только тогда, когда симптомы заболевания снижают качество жизни.

Нами также был произведен анализ структуры назначений ингаляционных препаратов. Короткодействующие бронхолитики из группы КДБА+ КДАХП принимало 193 больных, длительно действующие - ДДБА – 51 пациент, ДДАХП – 42 человека. 104 больных ХОБЛ получали комбинированные препараты ИГКС+ДДБА.

Анализ распределения пациентов на фенотипы среди 174 тяжелых пациентов ХОБЛ позволило определить у 61 бронхитический фенотип, у 72 эмфизематозный, у 41 фенотип БА и ХОБЛ (АСОС- синдром).

Таким образом, проведенный анализ показал возможность ведения пациентов с ХОБЛ с учетом новых международных инициатив в реальной общей врачебной практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин, А.Г. Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А.Г. Чучалин, С.Н. Авдеев, З.Р. Айсанов [и др.] // Пульмонология. — 2014. — № 3. — С.15—54.
2. Global strategy for the diagnosis, management, and 2. prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD). — Updated, 2014. — 80 p.
3. Miravittles, M. Clinical Phenotypes of COPD: Identification, Definition and Implications
4. for Guidelines //Arch Bronconeumol. 2012;48(3):86–98
5. Визель, А.А. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Перемены как повод для обсуждения

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАННЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННЫХ**

**Кутузова О.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В.,  
Жернакова Е.В., Дорожкин В.К., Ефимова Л.В.**

*ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Отсутствие единых взглядов на патогенез раннего токсикоза (РТ) ведет к применению традиционного симптоматического лечения клинических проявлений данного осложнения [1-4]. Недооценка степени повреждающих факторов срыва физиологической адаптации беременной ведет к отсутствию прогнозирования и профилактики поздних осложнений, непосредственно развивающихся на фоне РТ. Выделение клинико-патогенетических вариантов дезадаптации на ранних сроках беременности позволит дифференцированно проводить диагностику и лечение РТ с учетом характера патогенетических нарушений [5-8].

Цель исследования - выделение клинико-патогенетических вариантов раннего токсикоза беременных с учетом клинических проявлений и маркеров ведущих патогенетических синдромов гестационной дезадаптации.

Для выявления направленности изменений гомеостаза в ранние сроки физиологической беременности обследованы 45 здоровых беременных женщин в период от 7 до 12 нед. гестации (1 группа) и 33 здоровые небеременные женщины (2 группа сравнения). Для изучения патогенеза РТ и выделения клинико-патогенетических вариантов гестационной дезадаптации беременных на ранних сроках проведено исследование 160 беременных женщин с ранним токсикозом различной степени тяжести. Для оценки течения беременности женщины были разделены на три группы: 1а группу составили 42 беременные с РТ легкой степени; 1б группу – 80 беременных с РТ средней степени тяжести; 1с - 38 беременных с тяжелым течением РТ. У всех беременных проводился углубленный анализ клинической симптоматики в сопоставлении с результатами лабораторно-инструментального обследования. Оценка степени тяжести РТ осуществлялась в соответствии с рекомендациями В.И. Кулакова с соавт. (2005). Лабораторное тестирование женщин групп сравнения проведено в сроке 6-12 недель. Обследование женщин групп сравнения включало определение в крови содержания маркеров - ИЛ1 $\beta$ , ИЛ6, ФНО $\alpha$ , ИФН $\gamma$ , СРБ, ИЛ4 и ИЛ10, лептина, АМГФ, СЭФР, ФРП, Л CD95+, IgE, ФН, Д-димера, РФМК, количество, адгезивные и агрегационные свойства тромбоцитов; биохимических показателей крови (общий белок, белковые фракции, глюкоза, АлАТ, АсАТ, протромбиновый индекс, билирубин, кетоновые тела, липидный спектр, остаточный азот, ТЩФ).

Для определения исходного вегетативного тонуса использовали анализ субъективных и объективных симптомов по таблицам А.М. Вейна (2003). Кроме того, определяли интегративные показатели – индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта, проводили клиноортостатическую пробу.

Результаты лабораторного тестирования выявили различия между женщинами с физиологической гестацией и здоровыми небеременными женщинами по содержанию в сыворотке крови провоспалительных цитокинов (увеличение ИЛ1 $\beta$  в 3 раза, ИЛ6 – в 2,2 раза, ИФН $\gamma$  – в 1,7 раза, ФНО $\alpha$  – в 1,4 раза), СРБ – повышение концентрации в десятки раз ( $57\pm 2,6$  мкг/мл и  $0,94\pm 0,08$  мкг/мл соответственно) – таблица 1.

Таблица 1

**Результаты лабораторного обследования небеременных женщин и беременных в ранние сроки физиологической гестации ( $M\pm\delta$ )**

Маркеры	Группы сравнения	Здоровые беременные (n=45)	Небеременные женщины (n=33)
Кол-во тромбоцитов, тыс/мм <sup>3</sup>		231 $\pm$ 12	238 $\pm$ 16
Кол-во адгезированных тромбоцитов, тыс.		39,9 $\pm$ 3,1*	32,1 $\pm$ 2,9
Процент адгезированных тромбоцитов		24,8 $\pm$ 1,6*	19,8 $\pm$ 1,1
Индекс адгезии		1,22 $\pm$ 0,009*	1,13 $\pm$ 0,008
МААТ, %		33,6 $\pm$ 1,3*	28,2 $\pm$ 1,4
АМГФ, нг/мл		917 $\pm$ 85*	18 $\pm$ 7
СЭФР, пкг/мл		86 $\pm$ 16*	44 $\pm$ 8
ФРП, пкг/мл		144 $\pm$ 11	-
Л CD95+, %		30,2 $\pm$ 4,3*	18,1 $\pm$ 1,7
Общий IgE, пкг/мл		226 $\pm$ 15*	65 $\pm$ 14
СРБ, мкг/мл		57 $\pm$ 2,6*	0,94 $\pm$ 0,08
ИЛ1 $\beta$ , пкг/мл		334 $\pm$ 25,7*	109 $\pm$ 34,7
ИЛ6, пкг/мл		9,9 $\pm$ 3,2*	4,5 $\pm$ 3,8
ФНО $\alpha$ , пкг/мл		44,1 $\pm$ 5,3*	30,3 $\pm$ 4,2
ИФН $\gamma$ , пкг/мл		12,6 $\pm$ 3,2*	5,6 $\pm$ 2,3
ИЛ4, пкг/мл		59,7 $\pm$ 6,1*	47,1 $\pm$ 4,9
ИЛ10, пкг/мл		22,3 $\pm$ 2,1*	15,2 $\pm$ 1,7
Д-димера, мкг/мл		0,31 $\pm$ 0,1*	0,05 $\pm$ 0,008
РФМК, мг/%		1,1 $\pm$ 0,12*	0,7 $\pm$ 0,1
ФН, мкг/мл		329 $\pm$ 13*	302 $\pm$ 11
Лептин, нг/мл		28,6 $\pm$ 3,1*	9,7 $\pm$ 0,9

\* - разница достоверна по сравнению с группой здоровых небеременных женщин ( $p<0,05$ )

Это свидетельствует в пользу активации первичного иммунного ответа в ранние сроки физиологической беременности в виде неспецифической воспалительной реакции на альтерацию децидуальной оболочки в процессе имплантации плодного яйца, инвазию цитотрофобласта, повреждение спиральных артерий с формированием гемохориального типа плацентации.

Данные отклонения гомеостаза сдерживаются от реализации системного воспалительного ответа повышением уровня противовоспалительных цитокинов и перестройкой иммунного ответа матери в сторону Th2-

доминирования. Проведенный анализ содержания противовоспалительных цитокинов показал их достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение: ИЛ4 в 1,3 раза, ИЛ10 в 1,4 раза по сравнению с группой небеременных.

Кроме того, в поддержании физиологического развития гестации важная роль принадлежит сбалансированному влиянию факторов роста и запрограммированной клеточной гибели. Благодаря процессу апоптоза, происходит элиминация активированных клонов лимфоцитов, поддержание механизма материнской иммунотолерантности и фетопротекции в период гестации. Выявленные в группе здоровых беременных изменения содержания ЛСD95+ ( $30,2 \pm 4,3\%$ ) свидетельствуют об усилении готовности к апоптозу активированных Т-клеток для поддержания иммунологического баланса по сравнению с небеременными ( $18,1 \pm 1,7\%$  –  $p < 0,05$ ). В результате циркуляции активированных клеток в сосудистом русле в процессе имплантации плодного яйца происходит активация эндотелия сосудов. Гиперпродукция провоспалительных цитокинов приводит к гиперактивации эндотелия и активации коагуляционного потенциала крови. Согласно полученным данным, содержание общего IgE у здоровых беременных составило  $226 \pm 15$  пкг/мл, что достоверно отличается от показателей небеременных  $65 \pm 14$  пкг/мл. Активированные эндотелиоциты высвобождают в больших количествах тканевый фактор – ФН, что увеличивает коагуляционный потенциал крови. Содержание ФН в группе здоровых беременных составило  $329 \pm 13$  мкг/мл, что отличается от небеременных  $302 \pm 11$  мкг/мл. Однако, с ранних сроков гестации в формирующейся плаценте включается комплекс противосвертывающих факторов (аннексин V, простациклин и др.), что при физиологическом процессе сдерживает гиперкоагуляционный потенциал. В выявленную закономерность укладываются и результаты по функциональной активности тромбоцитов: в ранние сроки беременности в ответ на «физиологическую альтерацию» сосудов в маточно-эмбриональной области происходит активация тромбоцитарного звена (достоверное увеличение адгезированных тромбоцитов, процента адгезированных тромбоцитов, индекса адгезии, МААТ,  $p < 0,05$ ).

Согласно известным механизмам формирования и течения беременности, результатам данного этапа исследования, при физиологической гестации имеют место факторы «физиологического повреждения» (альтерация эндометрия и вскрытие спиральных артерий с образованием гемохориального типа плацентации, умеренное воспаление, активация иммунного ответа, оксидативный стресс и др.) и «механизмы гестационной адаптации» (повышение уровня трофоадаптивных гормонов, противосвертывающих и антиоксидантных факторов, локальная и системная супрессия, иммунный ответ по Th2 пути, апоптоз активированных лимфоцитов, стабильный просвет спиральных артерий и др.), равновесие которых выработалось и закрепилось в процессе филогенеза вынашивания беременности. Нарушение равновесия между «механизмами адаптации» и «физиологическим повреждением» ведет к морфофункциональным изменениям в системе «мать-плодное яйцо» с развитием «эмбриоплацентарной дисфункции / недостаточности».

Результаты лабораторного обследования выявили различия между женщинами с физиологической гестацией (1 группа) и беременными с ранним токсикозом различной степени тяжести (1а, 1б, 1с) по содержанию в крови маркеров гестационной дезадаптации (таблица 2).

Таблица 2

**Результаты лабораторного обследования женщин с ранним токсикозом различной степени тяжести и физиологической гестацией в 1 триместре (M±δ)**

Группы сравнения	Здоровые беременные (n=45)	Беременные с ранним токсикозом легкой степени (n=42)	Беременные с ранним токсикозом средней степени (n=80)	Беременные с ранним токсикозом тяжелой степени (n=38)
Маркеры				
Кол-во тромбоцитов, тыс/мм <sup>3</sup>	231±12	215±13	201±9*	185±10*
МААТ, %	33,6±1,3	34,2±1,2	39,4±1,1*	59,3±1,6*
СЭФР, пкг/мл	86±19	94±22	186±33*	275±38*
ФРП, пкг/мл	144±11	129±9,7	115±9,6*	69±5,5*
ЛСD95+ (%)	30,2±4,3	33,6±3,1	40,7±3,3*	62,7±5,1*
Общий IgE, пкг/мл	226±15	237±12	286±14*	419±23*
АМГФ, нг/мл	917±85	879±76	524±49*	215±31*
СРБ, мкг/мл	57±2,6	61±2,9	92±4,1*	163±9,2*
ФНОα, пкг/мл	44,1±5,3	53,2±6,4	165,7±21,3*	369,8±27,6*
Д-димера, мкг/мл	0,31±0,1	0,43±0,12	0,96±0,21*	1,4±0,25*
ФН, мкг/мл	329±13	334±17	369±13*	394±12*
Лептин, нг/мл	28,6±3,1	32,4±3,5	35,2±4,1	68,7±5,9*

\* - разница достоверна по сравнению с группой здоровых беременных женщин (p<0,05)

Проанализировав полученные результаты, можно отметить, что клинические проявления РТ различной степени тяжести являются отражением срыва механизмов гестационной адаптации, что соотносится с повышением уровня маркеров неспецифической воспалительной реакции (увеличение провоспалительных цитокинов, белков острой фазы воспаления, активация сосудистого эндотелия, коагуляционного потенциала крови). Также характерной особенностью является значимая корреляционная взаимосвязь между повышением маркеров системного воспалительного ответа, содержания сосудисто-эндотелиального фактора роста, снижением уровня фактора роста плаценты, уменьшением общего количества тромбоцитов, повышением максимальной агрегации тромбоцитов, увеличением уровня Д-димера (раннего маркера фибринообразования и фибринолиза), увеличением содержания фибронектина (маркера сосудистого эндотелия и состояния гемостаза), повышением уровня лептина (маркера метаболических нарушений) и клиническими проявлениями раннего токсикоза (к от 0,71 до 0,93). Следует

отметить, что чем выраженнее отклонения маркеров гестационной дезадаптации от физиологической «нормы беременности», тем ярче клиническая картина и выше степень тяжести РТ. Кроме того, было выявлено, что при идентичных изменениях маркеров гестационной дезадаптации клинические проявления у беременных на ранних сроках имеют как общие, так и отличающиеся друг от друга симптомы. Это позволило предложить дифференцированный подход к диагностике, а, соответственно, и к лечению РТ, по сути – выделение различных вариантов течения раннего токсикоза, что может быть перспективным в отношении новой клинико-патогенетической классификации данного осложнения беременности.

Так, отмечена достоверная корреляционная связь между маркерами эмбрио(фето)плацентарной дисфункции, повышением уровня лептина, понижением уровня глюкозы и клиническими проявлениями в виде потери массы тела, снижения или отсутствия аппетита, нарушения вкусовых пристрастий, а также повышения печеночных проб (АлАТ, АсАТ), гипопроотеинемии, снижения гемоглобина в периферической крови, появления симптомов анемии. Все перечисленные маркеры были объединены в клинико-патогенетический вариант РТ с преимущественным нарушением метаболических процессов. Данный вариант течения РТ составил 46, 9% (75 наблюдений).

У 23,8% (38 наблюдений) беременных, наряду с наличием маркеров гестационной дезадаптации (умеренное повышение маркеров воспалительного ответа, умеренное снижение факторов роста, контролирующих ангиогенез в эмбриоплацентарном комплексе), отмечали такие симптомы как усталость, сонливость, психоэмоциональная неустойчивость, снижение артериального давления, лабильность частоты сердечных сокращений, парестезии и судороги в конечностях, извращение вкуса, гиперосмия, отсутствие аппетита, коллаптоидные реакции, достоверное снижение индекса Кердо, значительное преобладание парасимпатической системы при балльной оценке состояния вегетативной системы. Этот комплекс проявлений составил основу клинико-патогенетического варианта с преобладанием нейровегетативных нарушений.

Третья группа симптомов суммировалась из следующих параметров: воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, наличие хронической урогенитальной инфекции, указание на акушерские и гинекологические манипуляции, дисбиоз влагалища, клинические проявления угрозы прерывания беременности, нарастание маркеров системного воспалительного ответа, эндотелиально-гемостазиологической дисфункции, тромбоцитопении, агрегационной активности тромбоцитов, наследственные тромбофилии. Перечисленные маркеры стали основой клинико-патогенетического варианта с развитием гестационного эндотелиоза, то есть с проявлениями эндотелиально-гемостазиологической дисфункции. Данный вариант течения РТ выделен у 29,3% (47 наблюдений).

Четвертая группа беременных объединила особо тяжелые формы РТ - бронхиальная астма беременных, герпетиформное импетиго, острая жировая

атрофия печени, дерматозы беременных, тетания беременных, остеомаляция беременных (менее 1-2% [2, 5, 26]).

Таким образом, выделение данных клинико-патогенетических вариантов позволит осуществлять индивидуальное наблюдение и выбирать методы коррекции осложнений ранних сроков с учетом не только клинических проявлений, но и маркеров патогенетических нарушений, дополняя традиционные методы диагностики и лечения персонифицированными подходами.

Литература:

1. Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Прогнозирование плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции, децидуализации, апоптоза и клеточной пролиферации // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т.7, №1. – С. 52-59.
2. Липатов И.С. Клиническая оценка иммунных проявлений повреждения сосудистой стенки при физиологической и осложненной гестозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. - 24 с.
3. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты применения карбогенотерапии для профилактики плацентарной недостаточности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - Т. 11, №5. - С. 71-77.
4. Мельников В.А., Купаев И.А., Липатов И.С. Противососудистые антитела у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью // Акушерство и гинекология. - 1992. - №3-7. - С. 19.
5. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Санталова Г.В. и др. Прогнозирование внутриутробного инфицирования плода у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2009. - №4. - С. 38-41.
6. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1.- С. 35.
8. Липатов И.С., Купаев И.А., Бабкин С.М., Якимова Н.А. Способ диагностики сосудистых нарушений у беременных на раннем этапе развития патологического течения гестации: патент РФ на изобретение №2061960, приоритет от 01.03.1994. Бюл. Изобретения. 16: 259.

## **РАК ЛЕГКОГО: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ В ПРОФИЛАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

***Ларина Т.А., Толкачева В.А., Толкачев А. Ю.***

*ГБУЗ СО «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова», ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ  
России, ГБУЗ СО СГП № 13 г.о. Самара*

В Самарской области частота онкологических заболеваний ежегодно увеличивается, в том числе и количество заболевших раком легкого. Количество больных с четвертой стадией рака легкого, не подлежащих

радикальному лечению, достаточно велико. Кроме того, отмечается заметное омоложение рака легкого. Так, если в 1995 году наибольшее количество заболевших раком легких приходилось на возраст от 50 до 70 лет, в 2000 году – на возраст от 40 до 60 лет, то к 2014 году эта тенденция сохраняется, то есть в большинстве случаев заболевает трудоспособное население. Количество заболевших мужчин превышает количество заболевших женщин.

Клиническая картина заболевания зависит от формы рака легкого. Различают две основных формы: центральную и периферическую, которые составляют приблизительно 63% и 37% .

При центральном раке легкого первичными являются клинические проявления, особенно при эндобронхиальном росте опухоли, когда поражается довольно крупный бронх. Клиническими проявлениями могут быть одышка, которая нередко намного опережает другие симптомы, упорный кашель, иногда с прожилками крови, общая слабость, боль в грудной клетке, часто рецидивирующие пневмонии в одной и той же доле (сегменте) с нечеткими клиничко-лабораторными данными, резистентные к антибактериальной терапии.

Наиболее характерными рентгенологическими признаками центрального рака являются:

- интенсивное затемнение (ателектаз) части легкого, соответствующее уменьшенной в объеме доле (сегменту);
- участок повышенной прозрачности легочной ткани (локальная эмфизема) вследствие клапанной бронхиальной непроходимости;
- неоднородная достаточно крупная с лучистыми контурами тень в корне легкого;
- ампутация просвета бронха (рис.1).

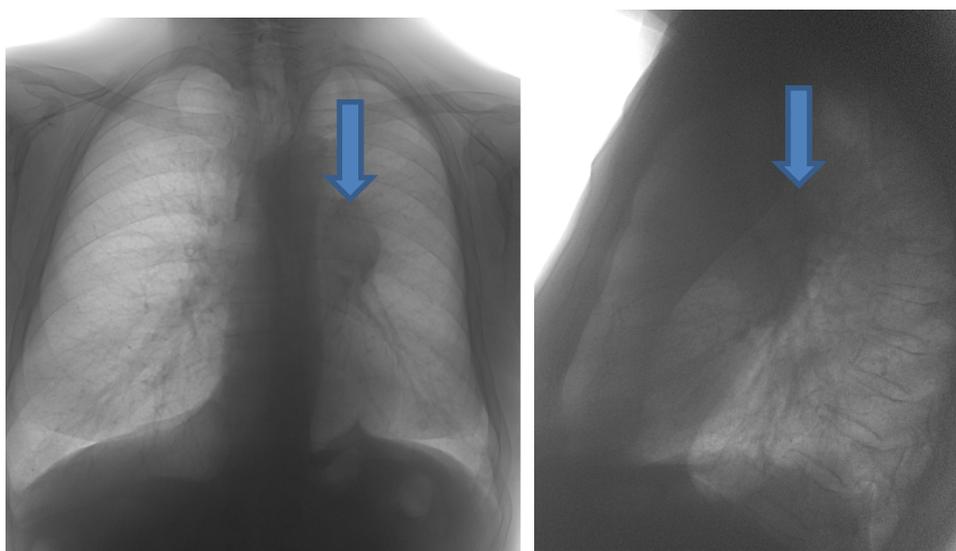


Рис.1. Центральный рак левого легкого с mts в средостение. Левое легочное поле уменьшено в объеме за счет выраженной гиповентиляции верхней доли, в корне левого легкого дополнительная тень с нечеткими контурами, тень средостения заметно смещена влево, правое легкое прозрачно.

При дообследовании (рентгенография в прямой и левой боковой проекциях и томография) выявляется ателектаз в/доли левого легкого, просвет в/ долевого бронха

слева не определяется, в корне левого легкого дополнительная тень без четких контуров, в средостении слева паратрахеально увеличенные л/узлы.

Рентгенологическая картина долго может быть невыраженной в случае «стелющегося» рака, когда рост опухоли распространяется вдоль стенки бронха.

Периферический рак, как правило, протекает бессимптомно или с маловыраженной клинической картиной, особенно в ранних стадиях, когда еще нет прорастания более или менее крупного бронха, или прорастания париетальной плевры. Он часто выявляется при рутинном флюорографическом обследовании населения или при обследовании больного в рентгенологическом кабинете по поводу другого заболевания.

Рентгенологическая симптоматика периферического рака легкого представляет дополнительную тень в легочной ткани, которая может располагаться в любом из сегментов легкого, иметь различные размеры и плотность, но, как правило, округлую или неправильно-овальную форму (рис. 2).

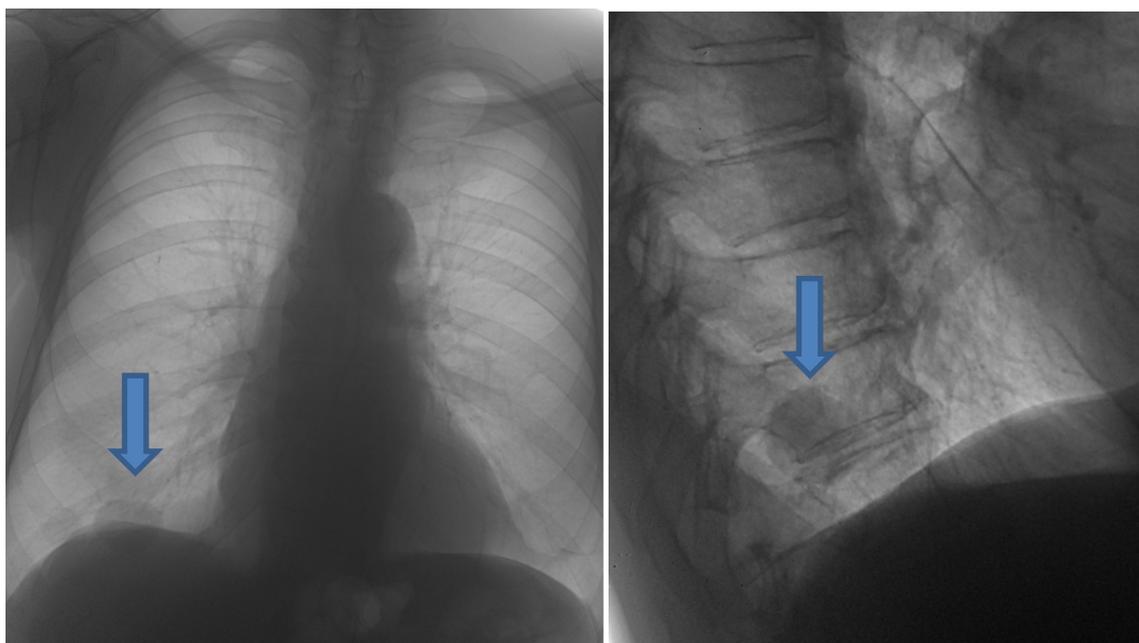


Рис. 2. Периферический рак (прямая передняя, правая боковая проекция). В проекции задне-базального сегмента н/доли правого легкого определяется округлая с неровными, но довольно четкими контурами средней интенсивности неоднородная на фоне деформированного легочного рисунка тень размерами около 3,0 см в диаметре, корни легких фиброзно изменены, контур диафрагмы четкий, левое легкое прозрачно, сердце и аорта в пределах возрастных изменений.

С появлением цифровой рентгеновской техники, в частности, цифровых флюорографов, возможности профилактики при раке легкого значительно увеличились. Цифровая флюорография позволяет более отчетливо выявлять достаточно характерные признаки как центрального, так и периферического рака легких, а также при малейшем подозрении на наличие патологии в легких немедленно провести исследование в боковой проекции.

Современная цифровая техника позволяет создавать медицинские диски с записью рентгенологического исследования с возможностью дальнейшего отслеживания скорости развития опухолевого роста и прогнозирования течения болезни, выбора алгоритма лечения.

Алгоритм рентгенологического исследования при подозрении на центральный или периферический рак легкого в настоящее время включает в себя на первичном этапе профилактическое флюорографическое исследование в 2-х проекциях. При выявлении патологических изменений в легких подозрительных на злокачественное поражение пациент должен быть направлен на компьютерную томографию и на консультацию в онкологический диспансер, имея при себе записанный медицинский диск.

**Всем больным** с подозрением на центральный рак легкого необходимо назначать фибробронхоскопию с обязательным гистологическим и цитологическим исследованием.

**Всем больным** с предполагаемым или уже установленным диагнозом «рак легкого» необходимо проводить компьютерную томографию с целью выявления поражения лимфатических узлов средостения, а также врастания опухоли в органы средостения или в грудную стенку, что в конечном итоге помогает в выборе плана лечения (лучевое, оперативное, химиотерапевтическое и т.д.).

В плане уточняющей диагностики внелегочных поражений метастатического характера при раке легкого возможно применение метода ультразвуковой диагностики для выявления возможных метастазов в печень и забрюшинные лимфатические узлы, а также малых количеств жидкости в плевральной полости, и метода сцинтиграфии для выявления метастатического поражения скелета.

Для первичной диагностики рака легкого разработан стандартный набор методик рентгенологического обследования, который возможно и реально применять в рентгенологических кабинетах городских (районных) поликлиник, неспециализированных стационаров, центральных районных больниц.

Диагностический стандарт должен включать в себя:

- флюорографическое обследование контингентов риска (в двух проекциях);
- фибробронхоскопию с обязательным гистологическим или цитологическим исследованием биоптата;
- компьютерную томографию легких и средостения;
- ультразвуковое исследование печени и забрюшинных лимфатических узлов;
- сцинтиграфию скелета.

Методы фибробронхоскопии с цитологическим или гистологическим исследованием биоптата, компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики и сцинтиграфии могут применяться в процессе уточняющей диагностики на догоспитальном или госпитальном этапе в условиях специализированного медицинского учреждения, то есть онкологического диспансера.

## **О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ**

*Т.А. Ларина, О.В. Фатенков, Минкин Г.В. , П.И. Романчук,*

*А.Ф. Казберова, И.В. Перова, А.В. Жарков, А.Е. Долгих*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России,*

*ГБУЗ СО «Самарская клиническая гериатрическая больница»*

В современном мире среди других заболеваний артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее место, приобретая статус «неинфекционной пандемии». В мире этим заболеванием страдают 22,9% людей в развивающихся и 37,3% - в развитых странах. Российские статистические данные, полученные в результате многоцентровых исследований последних лет, свидетельствуют о нарастании уровня охвата АГ населения страны: 40,4% женщин, и 37,2% мужчин имеют повышенные показатели артериального давления. С возрастом распространенность увеличивается и достигает 50-65% у лиц, старше 65 лет. До 50-летнего возраста чаще страдают мужчины, после 50 лет — женщины.

Всемирные, европейские и российские сообщества кардиологов, признавая важность проблемы борьбы с АГ, разработали и практически ежегодно пересматривают тактику ведения данной когорты пациентов.

Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, АГ в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания, так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых осложнений – инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в нашей стране.

Для вторичной профилактики АГ большое значение имеет приверженность пациентов к лечению. Однако не все больные длительно применяют назначенные препараты, что не соответствует современному представлению о лечении АГ. По мнению В.И. Метелицы (2002), на приверженность больного назначенному лечению могут влиять следующие факторы: неудобная схема приема лекарств (многократно в течение суток); лечение несколькими препаратами одновременно (полипрагмазия); выраженные побочные эффекты на препарат; высокая стоимость лечения; нестабильное состояние больного; недоверие к врачу; отсутствие необходимой информации о схеме, длительности и цели лечения; низкий образовательный уровень пациента; пожилой возраст и др.

**Целью исследования** является оценка приверженности гериатрических больных АГ к лечению.

Для исследования нужно провести анкетирование гериатрических пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Изучить медицинскую

документацию и данные комплекса лабораторно-инструментальных исследований. Проанализировать и оценить полученные данные.

### **Результаты исследования**

Исследования проводилось в отделении факультетской терапии Клиник СамГМУ, и в Самарской клинической гериатрической больнице.

Обследовано 53 пациента, включая 17 мужчин (32%) и 36 женщин (68%). Возраст пациентов от 60 до 90 лет (средний возраст 73 года). Больные разделены на 3 группы риска, имеющие поражение органов-мишеней, ассоциированные клинические состояния и сопутствующие факторы риска.

Первая группа риска у гериатрических больных не выявлена. Из 53 пациентов 6 (11,3%) находятся во II группе риска. Все 6 (100%) пациентов применяли медикаментозную терапию, ежемесячно посещали терапевта и кардиолога и самостоятельно, ежедневно следили за гемодинамикой. Целевой уровень АД, у этих пациентов, был достигнут. Во второй группе 11 (20,8%) больных находятся в III группе риска. Из них в 6 случаях (54,5%) пациентов применяли медикаментозную терапию, ежемесячно посещали терапевта и кардиолога и самостоятельно, ежедневно следили за гемодинамикой. Целевой уровень АД, у этих пациентов, был достигнут. В 5 случаях (45,5%) не использовали медикаментозную терапию, посещали врача 1 раз в год и периодически измеряли АД.

36 анкетированных (68,9%) - третья группа, - попали в IV группу риска. Из них в 16 случаях (45,1%) пациенты применяли медикаментозную терапию, ежемесячно посещали терапевта и кардиолога и самостоятельно, ежедневно следили за гемодинамикой. Целевой уровень АД у этих пациентов был достигнут. В 20 случаях (55,9%) больные не использовали медикаментозную терапию, посещали врача 1 раз в год и эпизодически измеряли АД. Уровень АД у них не достигал целевых значений.

У 28 респондентов был при инструментальном обследовании обнаружен атеросклероз, из них в 11 случаях (39,2%) с поражением аорты, у 17 пациентов (60,8%) - атеросклероз мозговых сосудов. Из 53 пациентов у 18 (34%) выявлена хроническая болезнь почек различной стадии.

Хочется отметить, что лишь 4 пациента прошли обучение в образовательной «Школе АГ» (все они следовали указаниям врача) и 53 (100%) из опрошенных нами больных совершенно не знают про такого специалиста, как врач-гериатр.

Выявлена недостаточная роль врача в обосновании тактики лечения у обследованных больных. Нередко, что врач, выбирая лекарственное средство, не учитывает материальное положение пациента и стоимость длительного приема медикаментов. В связи с этим 24 пациента игнорировали назначаемое лечение, переходя на так называемое «курсовое», о чем врач мог и не знать, но эффективность лечения у них была значительно ниже.

### **Выводы**

1. До настоящего времени приверженность к лечению у гериатрических больных остается низкой. Выявлен большой процент пациентов, не следующих назначенному врачом лечению, либо принимающих лекарства

лишь при повышении систолического АД больше 150 мм рт. ст., что противоречит современным принципам лечения данного заболевания. К сожалению, врач может не знать о том, что пациент игнорирует лечение.

2. Остается актуальным доведение образовательных медицинских программ до гериатрических больных путем не только индивидуальных бесед врача, но и участия пациентов в работе образовательных школ, в частности, «Школы по артериальной гипертензии». Задачей терапевта и кардиолога - дать необходимую информацию пациенту, объяснить, что собой представляет собой АГ, и насколько важной задачей является её лечение.
3. Считаю необходимым обратить внимание врачей на более тщательный индивидуальный подход к выбору тактики ведения больного. Врач, выбирая лекарственное средство, должен учитывать не только патогенетические аспекты действия препаратов, но и материальное положение пациента с учетом длительности приема медикамента (финансовая нагрузка на пациента), и по возможности назначать наиболее доступное лечение.
4. У гериатрических больных следует внедрять самостоятельный мониторинг состояния с последующим доведением информации до медицинского работника: врача или медицинской сестры. Для контроля применяемых средств рекомендуется, ведение больным дневника приема лекарств.

#### Список литературы:

1. Крюков Н.Н., Ларина Т.А., Осипов Ю.А. Образовательные школы диагностики и лечения артериальной гипертензии. – Самара: ООО «Содружество Плюс»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2004. – 194 с.
2. Крюков Н.Н., Ларина Т.А., Федосеева Л. С., Назаркина И. М. Артериальная гипертензия в условиях мегаполиса: управление качеством оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. - Известия Самарского научного центра Российской Академии наук. - Том 12 (33), № 1 (7), 2010. – с. 1842 – 1846.
3. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. – М.: Издательство «Бином» - СПб: Невский Диалект, 2002.– 926с.
4. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Диагностика и лечение артериальной гипертензии, (Рекомендации Российского Медицинского Общества по артериальной гипертонии, и Всероссийского Научного Общества Кардиологов), М., 2013. - с. 5-10.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ ПЕРВОГО СТОЛА**

*Ларюхина А.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Основная задача профессиональной деятельности фармацевтического работника – сохранение здоровья человека.

В древнеиндийской священной книге «Аюр-веда» (Наука жизни) есть следующее изречение: «В руках невежды лекарство – яд и по своему действию

может быть сравнимо с ножом, огнем или светом. В руках же людей сведущих оно уподобляется напитку бессмертия». Эта мысль определяет многие деонтологические и этические позиции современного фармацевта. Да и само слово «фармация» происходит от египетского слова «фармаки», что означает «дарующий безопасность или исцеление».

Залог успеха любой аптеки - это, прежде всего, грамотный персонал и, конечно же, персонал, который непосредственно работает с покупателями – первостольники. Эти специалисты: провизор или фармацевт, занимаются обслуживанием посетителей аптеки - консультацией и продажами. От работы первостольников в аптеке зависит многое, если не все.

Успех аптечных продаж тесно связан с общением. Он напрямую зависит от коммуникативных способностей сотрудника первого стола. Коммуникация - это не просто снабжение покупателя нужной информацией в ответ на его вопросы. Это комплексный процесс, в котором участвуют речь, тембр и вокальные интонации голоса, а также сигналы, поданные невербально.

В человеческой структуре восприятия есть три основных параметра:  
7% информации мы усваиваем вербально, слыша и понимая сказанное;  
38% - вокально, неосознанно анализируя тембр, тон и темп речи;  
55% - больше половины - приходится на невербальные средства передачи информации.

Спокойная манера общения располагает потенциального покупателя: тон, поза, жесты, выражение лица должны быть продуманы и натренированы.

Улыбка - универсальное средство установления контакта с собеседником, но использовать ее нужно уметь.

Сотрудники аптек - люди образованные. Прежде всего, их речь должна быть грамотной. Аптечный специалист должен говорить четко и ровно, не проглатывая окончания слов. Речь должна быть достаточно быстрой, чтобы дать максимум информации, но достаточно медленной, чтобы покупатель эту информацию усвоил.

Важным качеством первостольника, являются вежливость и внимательность. Вежливость — это элементарное требование культуры поведения, выражение уважительного отношения к другим людям, их достоинству. Для провизора/фармацевта вежливость должна стать неотъемлемой нормой поведения и привычным способом обращения с покупателями. Самый сложный компонент в работе сотрудника первого стола — общение с трудными покупателями: скандальными, агрессивными, теми, которые «сами не знают, чего хотят», наркоманами, пожилыми людьми, хамами, и многими другими. Все без исключения первостольники отмечают: в последнее время покупатели сильно изменились, и, к сожалению, не в лучшую – сторону. Быть внимательным для работника аптеки, значит уметь грамотно распределять свое внимание между несколькими посетителями, быть предельно сконцентрированным при прочтении рецепта или выяснении потребности покупателя. Фармацевт должен также замечать малейшие детали и нюансы общения — настроение и намерения собеседника, его реакцию на предложение, суметь понять невысказанные возражения и прочесть сигналы о готовности

купить.

Жестикуляция - язык тела, иногда жест может рассказать больше традиционных органов речи.

Первостольнику следует использовать только открытые жесты, демонстрирующие ладони. Такая жестикуляция говорит об откровенности и честности, показывает ваше желание помочь.

Сотруднику аптеки важно не ошибиться с выбором дистанции. Кем является фармацевт для покупателя? Социальный партнер, способный помочь в решении проблемы, или близкий друг, которому рассказывают самое сокровенное? Определять статус должен сам клиент. Не надо приближаться к покупателю ближе, чем на расстояние вытянутой руки. Если клиент сам сокращает дистанцию, не отодвигаться, даже если столь близкое расположение собеседника неприятно. Действия покупателя могут быть продиктованы не только психологическими причинами, но и физиологическими: слабым слухом или пониженным зрением.

При любой дистанции в общении с клиентом тактильный контакт не допустим. Нельзя использовать жесты-прикосновения - сотрудник аптеки всегда немного отстранен от пациента. Задача первостольника не оказать эмоциональную поддержку, дружески похлопав по плечу, а дать конкретный способ решения проблемы со здоровьем посетителя.

Оперативность обслуживания одно из ключевых профессиональных качеств провизора/фармацевта. Нет ни одного человека в мире, кто бы любил стоять в очереди, а особенно в очереди с нездоровыми людьми.

Но чем же отличается работа сотрудника аптеки от работы продавца других коммерческих учреждений? Прежде всего, тем, что отпуском столь специфического товара не может заниматься человек неподготовленный. Продажа фармацевтических препаратов требует глубокого знания, как ассортимента аптеки, так (и это главное!) и того, как правильно удовлетворить ту или иную потребность покупателя в весьма непростой сфере - его здоровья... Консультирование требует высокого профессионализма специалиста.

Провизор или фармацевт (то есть люди со специальным медицинским образованием) должны знать все о взаимодействии различных лекарственных средств между собой и с пищей, о необходимых условиях хранения. Такой специалист подскажет, какие препараты можно принимать одновременно или же в какой последовательности это надо делать, даст совет в отношении некоторых продуктов питания и напитков, которые могут усилить или ослабить действие препарата. Дело в том, что над тем, чтобы получить в аптеке именно те лекарства, за которыми туда идут, трудится целая система образования аптечных кадров. Каждый из сотрудников аптеки должен пройти не менее одного раза в пять лет курсы усовершенствования квалификации, постоянно изучать новые лекарства, находиться в курсе событий развития фарм.рынка, ориентироваться в препаратах-заменителях.

Одно из самых болезненных явлений в Российской здравоохранительной системе — затягивание посещения врача нашими соотечественниками «до

последнего». Причин этому множество, и одна из них — искренняя надежда на знания и профессионализм работников первого стола и глубокая вера в то, что в аптеке им обязательно помогут. Поэтому, испытывая недопомогания, многие идут за помощью в ближайшую аптеку или звонят туда для получения консультации по телефону. Россияне очень высоко оценивают влияние рекомендаций сотрудников аптек на принятие решения о покупке лекарственных средств. Этот факт является не только признанием важной роли провизора/фармацевта, но и накладывает на него огромную ответственность.

В таких ситуациях работнику первого стола очень важно провести грань, за которой его профессиональная ответственность как провизора/фармацевта заканчивается. Прямая обязанность первостольника — настоятельная рекомендация посетителю немедленно обратиться к врачу и пройти необходимые обследования, чтобы установить точный диагноз.

Заинтересованность и профессионализм сотрудников первого стола являются ключевыми факторами преуспевания аптеки.

Умение «читать» покупателя, то есть легко выявлять потребность и сопоставлять с удовлетворяющим ее свойством препарата является основой профессиональной компетентности сотрудника первого стола.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

*Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Кутузова О.А., Дорожкин В.К.,  
Рябова С.А., Фролов Н.А., Жернакова Е.В.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»*

Согласно современным представлениям в формировании и функционировании фетоплацентарного комплекса важная роль отводится оптимальному влиянию факторов роста, запрограммированной клеточной гибели, медиаторов межклеточного взаимодействия [1, 2]. В ранние сроки нарушения плацентации приводит к самопроизвольным выкидышам и неразвивающейся беременности, в поздние сроки — к плацентарной недостаточности, синдрому задержки развития плода, гипоксии плода [3, 4, 5].

Цель настоящего исследования явилась разработка критериев прогнозирования осложнений гестации на основе изучения динамики маркеров апоптоза, клеточной пролиферации и уровня цитокинов.

Проведено иммунологическое обследование периферической крови у 80 женщин репродуктивного возраста в сроки беременности 6-12 недель, 18-24 недели, 32-36 недель; группу сравнения составили 20 здоровых небеременных женщин. Уровень маркеров апоптоза (лимфоциты с фенотипом CD95+, ФНО $\alpha$ ),

клеточной пролиферации (ФРП – фактор роста плаценты), концентрацию цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10) и белков острой фазы (С-реактивный белок, лактоферрин,  $\alpha$ 1-антитрипсин) в крови определяли методом иммуноферментного анализа, согласно рекомендациям производителей.

В ранние сроки беременности у женщин с реализацией патологии фетоплацентарного комплекса имело место достоверное по сравнению с группой женщин с неосложненным течением гестации повышение маркеров апоптоза, снижение ФРП и выраженная активация синтеза провоспалительных цитокинов и провоспалительных острофазных белков. При этом у женщин с физиологической гестацией также имелись достоверные отличия ( $p < 0,05$ ) по сравнению с небеременными здоровыми женщинами: увеличение уровня лимфоцитов CD95+ в 1,3 раза, ФНО $\alpha$  в 1,2 раза, ИЛ-1 $\beta$  в 3 раза, ИЛ-2 в 1,9 раза, ИЛ-6 в 1,8 раза, С-реактивного белка в 1,2 раза.

Полученные данные подтверждают реализацию первичного ответа иммунокомпетентных клеток на рост антигенной нагрузки со стороны плода и позволяют констатировать состояние повышенной активации мононуклеарных клеток в ранние сроки неосложненной беременности.

Динамика изменений уровней противовоспалительных цитокинов и белков, обладающих антиоксидантным и обезвреживающим в отношении патогенных факторов действием, характеризовалась увеличением ИЛ-4 в 1,3 раза, лактоферрина в 15 раз,  $\alpha_1$  - антитрипсина в 2 раза у беременных женщин по сравнению с небеременными.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что характер взаимодействия развивающегося плодного яйца с иммунокомпетентными клетками матери может регистрироваться по уровню маркеров апоптоза, факторов роста и медиаторов межклеточных взаимодействий. На этих уровнях биологического взаимодействия существуют механизмы фетопротекции, нарушение которых может быть причиной формирования серьезных осложнений (угроза прерывания беременности, невынашивание, нарушение инвазии трофобласта с последующим развитием преэклампсии, плацентарной недостаточности, ЗРП), особенно в критические периоды развития беременности.

Литература:

6. Санталова Г.В., Валеева Г.Р., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Анализ соматической патологии детей, рожденных от герпес-инфицированных матерей // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. - №4. – С. 210-215.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Рябова С.А., и др. Перинатальная хрономедицина: биоритмостаз плода при неосложненной беременности и плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1467-1470.
8. Липатов И.С. Патогенез, диагностика и профилактика сосудистых нарушений на раннем этапе формирования патологической беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1996.- 46 с.
9. Агаркова И.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Профессия и репродукция // Терапевт. – 2013. - №5. – С. 57-62.

10. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Плацентарная недостаточность. Монография. Самара: ООО «Офорт», 2014. - 239 с.

## **ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ЗАПРОГРАММИРОВАННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

***Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Дорожкин В.К., Рябова С.А.,  
Кутузова О.А., Жернакова Е.В., Мартынова Н.В.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»*

Процесс формирования и функционирования фетоплацентарного комплекса (ФПК) находится под контролем взаимопротивоположных механизмов: пролиферации, обусловленной действием факторов роста, и апоптоза - запрограммированной клеточной гибели, обусловленной действием так называемых «лигандов смерти». Если сведения о патогенетической роли фактора роста плаценты (ФРП) при недостаточности ФПК в настоящее время в литературе представлены, то о процессе запрограммированной клеточной гибели сведения отсутствуют [1-7].

Целью настоящего исследования явилось совершенствование диагностики плацентарной недостаточности для оптимизации акушерской тактики и улучшения перинатальных исходов.

Нами проведено исследование крови беременных женщин в третьем триместре, с целью определения в сыворотке фактора некроза опухоли альфа (ФНО) - являющегося «лигандом смерти»; Fas R-рецептора (CD95+) индукции апоптоза, экспрессированного на лимфоцитах и клетках трофобласта; термостабильной щелочной фосфатазы (ТЩФ) - маркера энергетического обеспечения клетки; ФРП, являющегося разновидностью сосудисто-эндотелиального фактора роста. Определение FasR на лимфоцитах и в плацентарной ткани осуществляли путем иммунолюминесцентного анализа с использованием специфических моноклональных антител. ФНО и ФРП в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Ретроспективно проводилось сопоставление уровней маркеров апоптоза, термостабильной ЩФ со степенью плацентарной недостаточности, верифицированной при морфологическом исследовании последа. Полученные результаты подвергнуты обработке методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (вероятность 95%) и корреляционного анализа. Использована компьютерная программа «Statistica».

Оценка маркеров апоптоза (МА) проведена у 120 женщин в третьем триместре беременности и позволила сформировать 3 группы сравнения: первую группу составили 60 женщин с плацентарной недостаточностью (ПН), вторую - 30

женщин с ПН в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией, третью - 30 условно здоровых беременных женщин (контроль).

Первая и вторая группы сравнения ретроспективно, по результатам морфологического исследования, были разделены на 3 подгруппы, с учетом степени тяжести ПН (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная).

Анализ полученных результатов показал, что при недостаточности ФПК в отличие от физиологически протекающей беременности имеются статистически значимые отличия по содержанию МА, ТЩФ, кроме того изменения данных показателей нарастают по мере увеличения степени тяжести недостаточности ФПК. При декомпенсированной форме ПН наблюдается резкое повышение экспрессии рецепторов апоптоза – (CD95+) на лимфоцитах - 63,4%, что в два раза выше, чем при компенсированной форме, а также ФНО - 1117пкг/мл, что превышает данные по компенсированной форме ПН в 5 раз. Данные результаты достоверно отличаются от результатов, полученных в контрольной группе сравнения. На наш взгляд, происходит чрезмерное накопление патологических клонов апоптозных клеток, что способствует прогрессированию плацентарной недостаточности.

Исследование Fas рецептора (CD95) в плацентарной ткани показало повышение уровня его экспрессии при нарастании степени тяжести ПН, положительную корреляцию с уровнем экспрессии данного маркера на лимфоцитах и отрицательную корреляцию с уровнем ФРП в сыворотке крови. Следовательно, при формировании и прогрессировании ПН имеется тесная патогенетическая связь между процессами тканевого роста, апоптоза и уровнем энергетического обмена в ткани плаценты.

Полученные достоверные отличия по МА - ФНО сыворотки крови, экспрессии CD95+ на лимфоцитах, ФРП и уровню термостабильной ЩФ, при ПН, по сравнению с физиологической беременностью, позволяют рекомендовать включение данных показателей в алгоритм обследования беременных группы высокого риска по ПН. Таким образом, комплексный подход к морфофункциональной оценке ФПК и выделение апоптоза в качестве одного из ведущих патогенетических звеньев ПН позволяет с новых позиций рассматривать проблему и открывает перспективы в поиске новых диагностических критериев для оптимизации акушерской тактики и улучшения исходов для матери и плода.

Литература:

1. Рябова С.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты клинической апробации комплексной балльной шкалы оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 371-375.
2. Липатов И.С. Патогенез, диагностика и профилактика сосудистых нарушений на раннем этапе формирования патологической беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1996.- 46 с.
3. Табельская Т.В., Липатов И.С., Фролова Н.А., Тезиков Ю.В. Состояние сосудисто-тромбоцитарного, цитокинового, гемокоагуляционного гомеостаза у беременных на

- ранних сроках физиологической гестации // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1459-1462.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Патоморфологические особенности состояния яичников при беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 10, №4. - С. 50-57.
  5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Предикторные индексы тяжелых форм хронической плацентарной недостаточности // Медицинский альманах. - 2011. - №6. - С. 60-63.
  6. Липатов И.С. Клиническая оценка иммунных проявлений повреждения сосудистой стенки при физиологической и осложненной гестозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. - 24 с.
  7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты применения карбогенотерапии для профилактики плацентарной недостаточности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - Т. 11, №5. - С. 71-77.

## **ГЕСТАЦИОННЫЙ ЭНДОТЕЛИОЗ КАК МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

***Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Кутузова О.А., Тезикова Т.А.,  
Мартынова Н.В., Дорожкин В.К.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»*

Подходы к решению проблемы недонашивания беременности на современном этапе развития акушерской науки заключаются в оценке роли иммунологической толерантности, гормонально-рецепторного статуса беременных, выяснении роли плода и нейро-гуморальных факторов гомеостаза в инициации родовой деятельности [1-4].

В данной работе была поставлена задача выявить отличия реакции иммунной системы на повреждение сосудистого эндотелия, имеющее место как при физиологическом течении беременности, так и при невынашивании (гестационный эндотелиоз). В динамике беременности обследовано 45 здоровых беременных (контроль), 103 женщины с угрозой преждевременных родов, из них у 35 женщин роды были преждевременными. В общепринятый алгоритм обследования было включено иммунолюминесцентное исследование сосудистой стенки (матка, плацента), определение в крови и сосудистой стенке гистамина, серотонина, дофамина, адреналина, норадреналина, определение антиэндотелиальных антител (АЭАТ) и сенсibilизированных к «эндотелиальному антигену» лимфоцитов, их цитотоксическое действие на культуру эндотелиальных клеток, определение общего IgE, фактора ингибирующего миграцию лейкоцитов в присутствии «эндотелиального антигена», электронно-микроскопическое изучение микроциркуляторного русла матки и плаценты [5-8].

Иммунолюминесцентное исследование у 18 женщин с угрозой прерывания беременности и у 12 женщин с преждевременными родами показало наличие в сосудистой стенке специфических АЭАТ. Непрямым методом с добавлением

комплемента выявлено наличие комплемента в составе иммунных комплексов у 8 беременных с угрозой прерывания беременности (44,4%). Исследование на наличие в сосудистой стенке IgE было результативным у 7 беременных (38,9%). У всех женщин с преждевременными родами выявлены комплексы эндотелиальный аутоантиген-АЭАТ и комплемент в составе иммунных комплексов, у 8 беременных (66,6%) был положительный результат с антииммуноглобулин Е специфической сывороткой. Исследование миграционной активности лейкоцитов в прямом тесте проведено у 32 женщин с угрозой прерывания беременности и у 30 женщин с преждевременными родами в сроки 18-24 недель и 28-36 недель. Миграционный индекс у женщин с угрозой прерывания беременности, родоразрешенных в срок, снижался до  $44,6 \pm 5,4$  (контроль –  $61,3 \pm 5,1$ ). У женщин с преждевременными родами показатель превышал контрольные значения в 2 раза ( $118,2 \pm 8,1$ ).

Полученные результаты позволяют предположить, что повреждение сосудистого эндотелия в процессе гестации может неоднозначно влиять на ключевые звенья иммунитета в ходе иммунного ответа у беременных с невынашиванием. Поэтому интерпретация результатов обследования данного контингента и выбор рациональной акушерской тактики должны быть персонифицированы и требуют дальнейших уточнений.

Литература:

1. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Рябова С.А. и др. Оценка церебральной гемодинамики плода при плацентарной недостаточности с учетом его суточного биоритмостаза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - Т.15, №4. - С. 42-48.
3. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Плацентарная недостаточность. Монография. Самара: ООО «Офорт», 2014. - 239 с.
4. Стрижаков А.Н., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. и др. Стандартизация диагностики и клиническая классификация хронической плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. - Т. 13, № 3. - С. 5-12.
5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1. - С. 35.
6. Тезиков Ю.В. Патогенетическое обоснование прогнозирования, ранней диагностики и профилактики тяжелых форм плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Самара, 2013. - 51 с.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Прогностическая значимость методов диагностики плацентарной недостаточности и состояния плода // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №3 (57). - С. 33-40.
8. Potapova I.A., Purygin P.P., Belousova Z.P. et al. Synthesis and biological activity of aliphatic and aromatic sulfonilic acid azolides // Pharmaceutical Chemistry Journal. - 2001. - №11. - P. 588-590.

## **СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ГЕСТАЦИОННОГО ЭНДОТЕЛИОЗА**

*Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Кутузова О.А., Фролова Н.А.,*

*Рябова С.А., Жернакова Е.В., Мартынова Н.В.*  
*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,*  
*ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,*  
*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Несмотря на то, что в сосудистой стенке реализуется большинство реакций иммунологического и метаболического гомеостаза на всех этапах развития беременности («сосудистый синдром беременных»), в современном акушерстве отсутствует комплексная система мониторинга повреждения эндотелия сосудов у беременных [1-5].

Цель исследования: разработать систему мониторинга повреждения эндотелия сосудов у беременных на системном, клеточном, субклеточном уровнях и определить оптимальные сроки её использования для доклинической диагностики и прогнозирования осложненного течения беременности.

В соответствии с поставленными задачами в условиях организационного эксперимента в динамике беременности «слепым скрининг-методом» обследовано 1150 женщин. Сроки обследования: 7-16 нед., 18-24 нед., 28-36 нед., 38-41 нед., 2-6 сутки после родов. Использован комплекс клинических, ультразвуковых, электрофизиологических, иммунологических, биохимических, морфологических, культуральных, математических методов.

Для оптимизации выбора тактики ведения беременных диагностика и оценка степени тяжести осложнений беременности должны проводиться на основе комплексного обследования с использованием мониторинга сосудистых нарушений на системном (выявление симптомов сосудистой дисфункции, протеинурии, контроль массы тела, исследование гемодинамики, периферической микроциркуляции, мониторинг итоговых показателей клеточных реакций иммунной системы на повреждение эндотелия – индекс цитотоксичности антиэндотелиальных антител (ИЦ АЭАТ), IgE)), клеточном (количество, адгезивная и агрегационная активность тромбоцитов), субклеточном (мониторинг активности гликолитических ферментов в моноцитах периферической крови) уровнях и хронофизиологического мониторинга [6-8].

Мониторинг гемоваскулярных нарушений у беременных должен отвечать нескольким требованиям, из которых главными мы считаем универсальность, доступность материала исследования, простота постановки тестов и высокая информативность. Система создавалась и отрабатывалась для нужд клинического акушерства. Поскольку предложена совокупность тестов, характеризующих сосудистые изменения у беременных, они могут быть использованы для фиксации, диагностики и прогнозирования пиковых периодов, связанных с гемоваскулярными нарушениями, и в других клинических ситуациях. Рассматривая иммунологический мониторинг эндотелиальной дисфункции как лабильный инструмент в клинической работе, мы считаем, что со временем он может быть расширен. Сейчас в нем отсутствуют тесты, которые могли бы дать возможность оценивать отдельные функциональные характеристики эндотелия сосудов, в силу того, что для

клинической ситуации они еще не разработаны. Кроме того, данный мониторинг следует дополнить динамикой супрессивной активности иммунной системы, так как она зависит от исходной реактивности и иммуногенетической характеристики взаимоотношений мать-плод. Использование для целей мониторинга парных гликолитических ферментов оказалось удачным потому, что существует количественная модификация учета активности ферментов, позволяющая осуществлять истинный мониторинг, то есть сравнивать между собой два близко отстоящих по времени измерения. Вопрос о том, использовать ли систему мониторинга целиком или отдельными тестами, как и вопрос о частоте мониторинга, по нашему мнению, решает клиницист, исходя из конкретных условий работы. Мы рассматриваем систему как апробированное методическое руководство, предоставляющее возможность выбора, исходя из конкретной ситуации.

Литература:

1. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Никаноров В.Н. Инфекция гриппа и беременность: проблема специфической профилактики // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2015. - Т. 14, №1. - С. 57-63.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Рябова С.А. и др. Оценка церебральной гемодинамики плода при плацентарной недостаточности с учетом его суточного биоритмостаза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - Т.15, №4. - С. 42-48.
3. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Плацентарная недостаточность. Монография. Самара: ООО «Офорт», 2014. - 239 с.
4. Стрижаков А.Н., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. и др. Стандартизация диагностики и клиническая классификация хронической плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. - Т. 13, № 3. - С. 5-12.
5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1. - С. 35.
6. Тезиков Ю.В. Патогенетическое обоснование прогнозирования, ранней диагностики и профилактики тяжелых форм плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Самара, 2013. - 51 с.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Прогностическая значимость методов диагностики плацентарной недостаточности и состояния плода // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №3 (57). - С. 33-40.
8. Potapova I.A., Purygin P.P, Belousova Z.P. et al. Synthesis and biological activity of aliphatic and aromatic sulfonilic acid azolides // Pharmaceutical Chemistry Journal. - 2001. - №11. - P. 588-590.

## **РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ГБУЗ СО СГКП № 15 г.о. САМАРА: ЗАДАЧИ И РЕАЛИЗАЦИЯ**

***Лонцакова О.О.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Отделение платных медицинских услуг Городской Клинической Поликлиники № 15 было создано в 2004 году. За прошедшие 12 лет штат сотрудников отделения увеличился. В настоящее время в отделении работают 3 врача-профпатолога, 3 врача общей практики, 1 терапевт, 1 дерматолог, 4

медсестры, 1 старшая медицинская сестра. Отделение расположено на первом этаже взрослой поликлиники. Занимает 8 кабинетов. Кабинеты полностью компьютеризированы и оснащены медицинским оборудованием и обеспечены расходными материалами.

Согласно имеющейся лицензии ЛО 63-01-002439 ОТ 06.02.2014 бессрочно, отделение осуществляет предварительные, периодические медицинские осмотры, а также работы по экспертизе на право владения оружием, периодические и предварительные осмотры водителей автотранспортных средств (медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством), оформление справок № 086-у для поступающих в учебные заведения, справок для выездной визы, оформление личных медицинских (санитарных) книжек, проведение предрейсовых медицинских осмотров водителей, диспансеризацию муниципальных служащих, другие виды осмотров.

**Задачи отделения медицинских осмотров:**

1. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в соответствии с требуемым объемом исследований.
2. Обеспечение качества и доступности оказываемых услуг.
3. Выявление ранних форм общих и профессиональных заболеваний.
4. Решение экспертных вопросов профпригодности.
5. Снижение профессионально обусловленной заболеваемости.

**Порядок проведения медицинских осмотров определен приказами:**

- ФЗ РФ от 21 ноября 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Трудовым кодексом РФ от 30.12.2001г. № 197-ФЗ (ст. 212; 213; 214, и др.);
- Приказом Минздравсоцразвития от 5 мая 2012г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) № 302н от 12 апреля 2011г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»;
- Приказ МЗ РФ от 11.09.2000г. № 344 « О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия»;
- Закон РФ от 02.07.1992г. № 3185-1 « О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан и ее оказании» (с изменениями от 21.07.1998г, 25.07.2002г, 10.01.2003г, 29.06.2004г, 22.08.2004г.);

- Постановление совета судей РФ от 26.12.2002г. № 78 « Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих для назначения на должность судьи»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 декабря 2009 г. N 984н "Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или её прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения";
- Приказ от 28 Сентября 2010 г. N 831н "Об утверждении единого образца Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами" (вместе с "Инструкцией по заполнению медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами") (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.10.2010 N 18784);
- Постановление Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. N 695 "О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности";
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 ноября 2011 г. N 1377 "О перечне нормативных правовых актов, направленных на реализацию Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**Медицинские осмотры подразделяются на две группы:**  
1 группа – медицинские осмотры, проводимые с целью определения пригодности работников для выполнения работы и предупреждение профессиональных заболеваний. Таким осмотрам подлежат работники:

- занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и опасными условиями труда;
- занятые на работах, связанных с движением транспорта;
- не достигшие 18 лет.

2 группа – медицинские осмотры, проводимые с целью охраны здоровья, обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности населения:

- для работников общественного питания и торговли;
- 4. работники детских и подростковых учреждений;
- 5. работники коммунальных услуг и санитарно-гигиенического обслуживания населения;
- 6. работники лечебно-профилактических учреждений;
- 7. работники спортивно-зрелищных учреждений;
- 8. работники водопроводных учреждений.

**Виды медицинских осмотров:**

1. предварительные (при поступлении на работу) для определения соответствия состояния здоровья поручаемой работе.
2. периодические (в процессе трудовой деятельности):
  - определение соответствия состояния здоровья работников выполняемой работе;
  - динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников предприятий;
  - профилактика и своевременное выявление признаков профессионального заболевания;
  - выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными, опасными веществами и производственными факторами.

Периодические медицинские осмотры предполагают освидетельствование работника с регулярностью, устанавливаемой законодательством с учетом выполняемой работы.

3. внеочередные осмотры (по медицинским показаниям).

На протяжении многих лет ГБУЗ СО Городская клиническая поликлиника №15 сотрудничает со многими крупными предприятиями Самарской области. С такими как: «Нестле Россия», «Самарские Коммунальные Системы», Самарский булочно-кондитерский комбинат и многими другими.

Для прохождения периодического медицинского осмотра на предприятии издается соответствующий приказ, определяются контингенты и составляется поименный список лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам с указанием участков, цехов, производств, вредных работ и вредных и (или) опасных производственных факторов, оказывающих воздействие на работников. После согласования с Роспотребнадзором эти документы направляются в медицинскую организацию.

Медицинская организация на основании полученного поименного списка работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам, составляет медицинскую комиссию и утверждает совместно с работодателем календарный план проведения медицинских осмотров (обследований).

Для проведения предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ СО СГКП № 15 организована бригада квалифицированных врачей-специалистов: офтальмолог, оториноларинголог, невролог, хирург, гинеколог, стоматолог, дерматолог, психиатр, психиатр-нарколог, терапевт, профпатолог. Все специалисты, участвующие в проведении профилактических медосмотров, отличаются высоким профессионализмом и доброжелательностью. Также для проведения медицинских осмотров аккредитованы следующие службы: клинико-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, передвижной флюорограф.

Заключение медицинской комиссии и результаты медицинского осмотра, а также выписка из амбулаторной карты работника вносятся в карту предварительных и периодических медицинских осмотров. ГБУЗ СО СГКП № 15 совместно с Роспотребнадзором и представителем работодателя обобщает результаты проведенных медицинских осмотров

работников и составляет заключительный акт по его итогам в четырех экземплярах.

Ежегодно проводится до 10 тысяч профилактических медицинских осмотров работников предприятий.

При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров специалисты поликлиники выявляют работников с начальными признаками профессиональных заболеваний, при ранней реабилитации которых можно остановить прогрессирование заболевания или вовремя перевести сотрудника на другую работу, что значительно снижает процент больных с профессиональными заболеваниями данного предприятия. Немаловажную роль играет создание гибкой ценовой политики и удобной для наших партнеров формы оплаты.

Мы стараемся с пониманием относиться к нашим клиентам и делать все, что от нас зависит, для более продуктивной работы.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

*Ляпина О.П., Колпакова И.Е.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

В 1988 г. Reaven G. выдвинул гипотезу, в соответствии с которой резистентность к инсулину, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, атерогенная дислипидемия и ишемическая болезнь сердца служат проявлением одного патологического состояния, которое он предложил называть "синдромом X". Позже, через год, Kaplan D. назвал сочетание сахарного диабета, ожирения, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца "смертельным квартетом".

В последнее время значительно возрос интерес к метаболическому синдрому (МС). В связи с тем, что МС - фактор высокого риска развития ишемической болезни сердца и другой сердечно-сосудистой патологии, а также сахарного диабета второго типа. Для предупреждения реализации этого фактора риска в ГБУЗ СО СГКП № 15 ведется активное выявление минимальных проявлений МС.

Определение МС гласит - это комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и гиперинсулинемия. Сформулированы основные критерии, позволяющие диагностировать метаболический синдром в практике врача:

1. абдоминальное ожирение (объем талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин);
2. гипертриглицеридемия (уровень ТГ более 1,7 ммоль/л);
3. снижение уровня холестерина ЛПВП (менее 1,0 ммоль/л у мужчин и менее 1,3 ммоль/л у женщин);
4. артериальная гипертензия (артериальное давление более 130/85 мм рт. ст.);

5. гипергликемия натощак (более 6,0 ммоль/л).

Наличие любых трёх факторов позволяет констатировать метаболический синдром.

Развитие МС возможно у:

- пациентов с повышенным уровнем артериального давления;
- здоровых людей, у которых при профилактическом обследовании выявлен один из признаков метаболического синдрома (как ФР);
- близких родственников больных с ранними проявлениями атеросклеротических заболеваний (у мужчин - до 55 лет, у женщин - до 60 лет).

В ГБУЗ СО СГКП №15 статус МС имеют 2312 человек.

Артериальная гипертензия является одним из проявлений метаболического синдрома. Особенностью ее при метаболическом синдроме является относительно умеренная гипертензия с отсутствием адекватного снижения артериального давления в ночные часы (non-dipper), с суточным индексом менее 10 % или даже парадоксальной динамикой, когда оно в ночное время превышает дневной уровень и циркадный индекс имеет отрицательное значение (night-peakers).

В поликлинике ведется активное выявление пациентов с артериальной гипертензией. В ходе осмотра, в том числе и на дому, ведется измерение артериального давления и врачом и медицинской сестрой. Показания заносятся в электронную амбулаторную карту. Данные используются для выявления признаков метаболического синдрома и в статистических целях (рис.1).

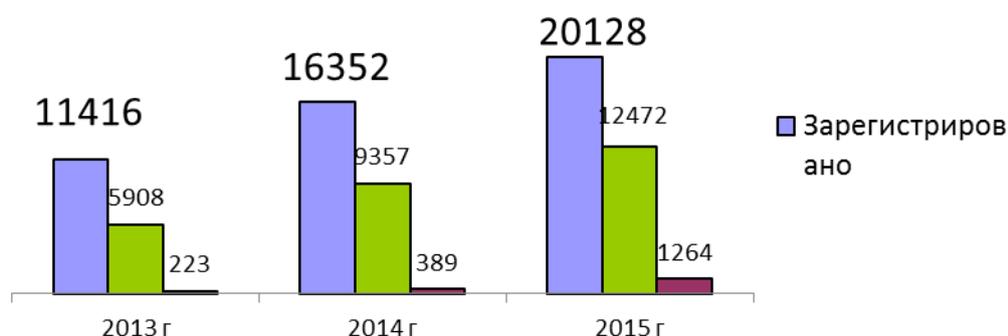
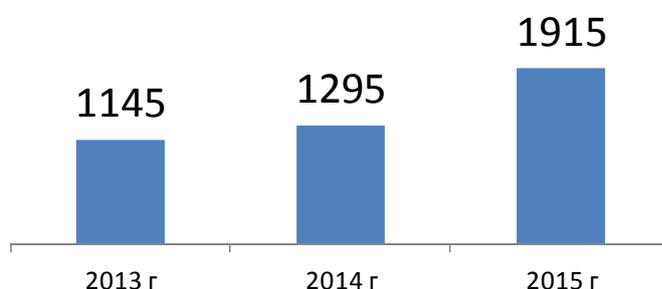


Рис. 1 Динамика регистрации больных с артериальной гипертензией

В выявлении возможного МС привлекаются больные после их обучения в образовательных школах по «Артериальной гипертензии», «Сахарного диабета», «Здоровое сердце». Для увеличения комплаенса врач - больной в ГБУЗ СО СГКП № 15 проводится школа артериальной гипертензии, где подробно рассматриваются вопросы раннего выявления данной патологии, факторов риска развития заболевания, ее проявления и лечение. Количество



проученных пациентов растет (рис.2).

Рис. 2. Количество пациентов, прошедших обучение в школе «Артериальной гипертонии»

Одним из факторов риска развития метаболического синдрома является сахарный диабет. В поликлинике активно ведется выявление пациентов с данным заболеванием, их лечение (рис.3).

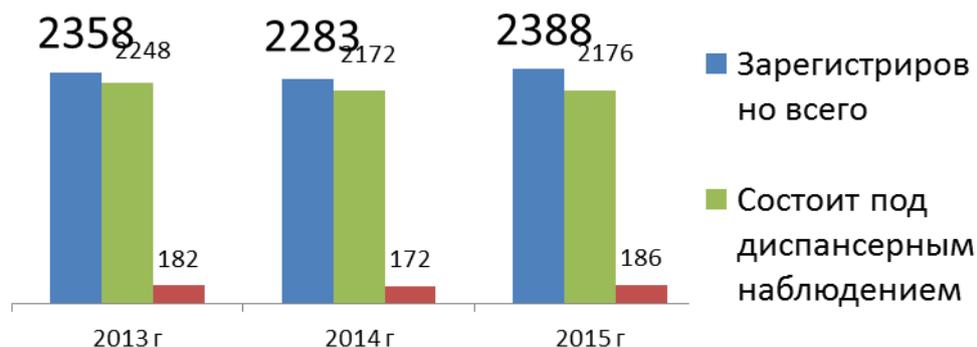


Рис.3. Выявление и динамическое наблюдение больных СД

Больные с сахарным диабетом также направляются в обучающую школу. Количество проученных больных растет (рис.4).

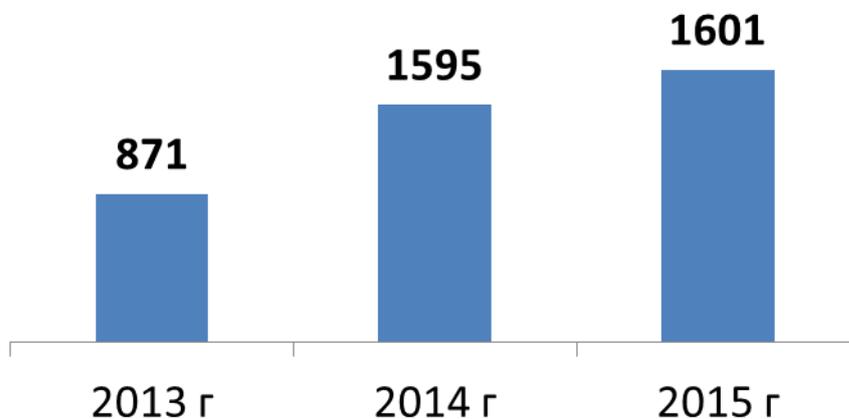


Рис. 4. Количество пациентов, прошедших обучение в школе «Сахарного диабета»

Другим проявлением метаболического синдрома является ожирение. Оно оценивается расчётом индекса массы тела, равным отношению массы тела (в кг) к росту (в м<sup>2</sup>). Показатель более 30 кг/м<sup>2</sup> указывает на наличие ожирения. При диагностике метаболического синдрома важно оценить абдоминальное ожирение, характеризующееся отложением жира в сальнике и брыжейке. Для этого используется коэффициент отношения охвата талии к охвату бедра, а так же их абсолютные величины.

В 2013-2015 г.г. выявлен рост числа пациентов с ожирением (рис.5).

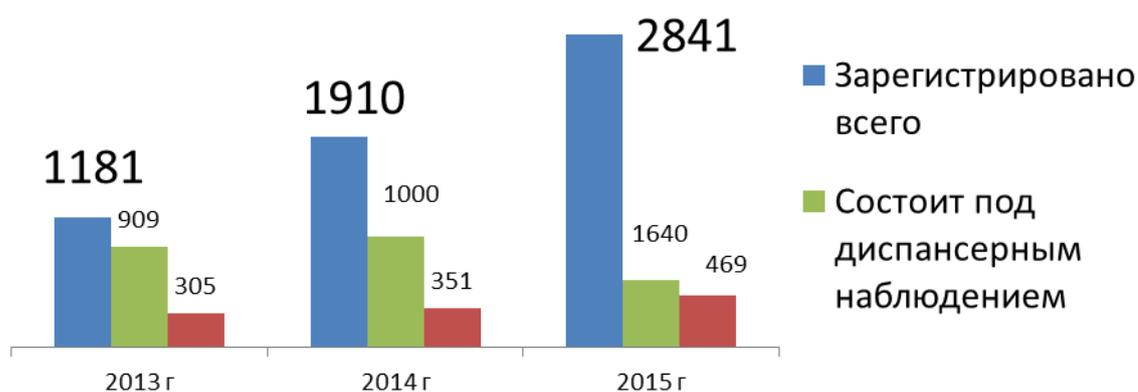


Рис.5. Скрининг больных с ожирением в ГБУЗ СО СГКП №15

Как видно из рисунка, численность пациентов с ожирением растет. Это обязывает врача, при подозрении на МС, своевременно направить пациента в «Школу здорового образа жизни», и, при необходимости, начать лечение.

«Школу здорового образа» жизни в ГБУЗ СО СГКП №15 за последние три года посетили: (рис.6)

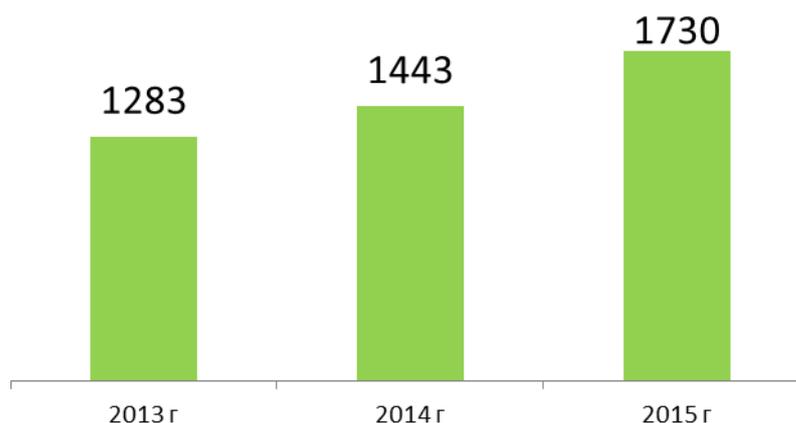


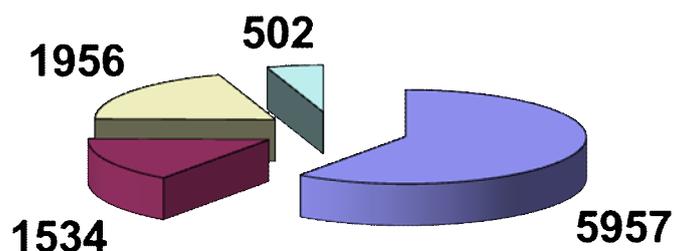
Рис.6. Количество пациентов, прошедших обучение в школе «Здоровый образ жизни»

Для выявления лабораторных маркеров МС в ГБУЗ СО СГКП № 15 используются тесты: уровень общего холестерина, глюкозы (рис.7).



Рис.7. Количество выявлены у больных повышенных значений общего холестерина и глюкозы

Лечение и профилактика метаболического синдрома должны включать нормализацию и контроль следующих параметров: артериальное давление, массы тела, уровня глюкозы и состояние свертывающей системы крови (рис.8).



■ АГ ■ Уровень глюкозы □ Уровень холестерина □ Массы тела

Рис.8 Достижение целевых показателей при МС (2015 г.)

Цель лечения: максимально снизить общий риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

В последние годы в ГБУЗ СО СГКП №15 все шире используются физиотерапевтические методы лечения МС. Физиотерапевтическое лечение является доступным и физиологичным методом воздействия на весь организм. Активно используется миостимуляция (пролечено 15 человек), лечебная гимнастика (пролечено 24 человека), антицеллюлитный массаж (пролечено 7 человек), кровать «Нугебест» (пролечено 3 человека).

В медикаментозном лечении ожирения используются два препарата: сибутрамин 20 мг в сутки, ксеникал 120 мг и орлистат 120 мг 3 раза в сутки. Препараты применяются в сочетании с гипокалорийной диетой. В настоящее время при лечении МС используются препараты двух групп бигуаниды и тиазолидиндионы. При выборе антигипертензивных лекарственных средств при наличии метаболического синдрома необходимо принимать во внимание их влияние на липидный и углеводный обмен предпочтение отдаётся ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента – Эналаприл 10 мг 2 раза в день. Препаратами первого ряда в лечении дислипидемии у больных являются статины – Розувастатин 20мг в сутки или Аторвастатин 20 мг в сутки, которые, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, назначаются всем.

#### **Выводы.**

- Раннее выявление проявлений метаболического синдрома позволяет своевременно провести немедикаментозную и медикаментозную их коррекцию;

- Своевременное направление пациентов в обучающую школу, позволяет предотвратить реализацию хронических заболеваний или их ФР;
- Раннее назначение немедикаментозного и медикаментозного лечения хронических заболеваний как компонентов МС, позволяет снизить такие грозные осложнения как инсульт и инфаркт.

## **ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ**

*Маганева А.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

**Актуальность.** Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - острая вирусная природно-очаговая инфекция человека, относящаяся к зоонозам, представляет серьезную проблему в связи с тяжестью болезни, широким распространением природных очагов, отсутствием эффективных средств этиотропной терапии и специфической профилактики. Заболевание имеет в своей основе поражение вирусом мелких сосудов и иммунопатологические механизмы и характеризуется циклическим течением, синдромом интоксикации, геморрагическими проявлениями, развитием острой почечной недостаточности.

В настоящее время ГЛПС стоит в ряду наиболее распространенных природно-очаговых зоонозных инфекций в мире (Ткаченко Е.А. с соавт., 2001; Schmaljohn С., Hjelle В., 1997). Российская Федерация занимает второе, после Китая, место по количеству регистрируемых случаев ГЛПС. Около 97% от общего количества ежегодно регистрируемых случаев ГЛПС приходится на Европейскую и 3% - на Азиатскую часть России (Ткаченко Е.А. с соавт., 2001). Летальность от ГЛПС на территории РФ колеблется по регионам от 0,4 до 8,3%.

В Самарской области неблагоприятными по ГЛПС являются Шенталинский, Кинельский, Красноярский, Волжский, Похвистневский, Ставропольский районы, окрестности городов Самары и Тольятти, город Жигулевск и ближайшие к нему населенные пункты. (Эпидемиологическая ситуация в Самарской области, 2014 г.) Таким образом, 60 % территории Самарской области является постоянно действующим очагом ГЛПС.

Из более 20 открытых к настоящему времени хантавирусных серотипов 4 вызывают ГЛПС: Хантаан, Пуумала, Сеул и Белград/Добрава (Schmaljohn С., Hjelle В., 1997) и один (Син Номбре) - хантавирусный пульмональный синдром (ХПС) в Америке.

Клиническая картина ГЛПС имеет отличительные черты в зависимости от принадлежности возбудителя к одному из вышеуказанных хантавирусных серотипов. Для дальневосточных очагов инфекции, где возбудителем преимущественно является хантавирус серотипа Хантаан, характерно более тяжелое течение болезни, чем в европейских очагах, где подавляющее число

случаев ГЛПС этиологически обусловлено хантавирусом серотипа Пуумала (Рощупкин В.И., 1986; Фигурнов В. А.).

Отмечены клинические особенности течения ГЛПС, вызванной хантавирусными серотипами Сеул и Белград/Добрава (Lee H.W., 1989; Lundkvist A., 1997; Kruger D., 2001). Клиническая картина ХПС характеризуется в отличие от ГЛПС поражением легочной ткани, быстрым развитием отека легких и сопровождается в 50-60% случаев летальным исходом (Nichol S., 1993, Hjelle B., 1999).

### **Клиническое течение ГЛПС**

Инкубационный период геморрагической лихорадки с почечным синдромом - от 4 до 49 (в среднем 14-21) дней. Для геморрагической лихорадки с почечным синдромом характерна чёткая цикличность течения и многообразие клинических вариантов, от abortивных лихорадочных форм до тяжёлых, с массивным геморрагическим синдромом и стойкой почечной недостаточностью. Выделяют следующие периоды: начальный (лихорадочный), олигурический, полиурический, реконвалесцентный (ранний - до 2 мес. и поздний - до 2-3 лет). Продромальные симптомы геморрагической лихорадки с почечным синдромом в виде недомогания, познабливания, утомляемости, субфебрилитета, длящиеся 1-3 дня, наблюдают не более чем у 10% больных. (Рощупкин В. И., Суздальцев А.А., 1999)

Начальный период геморрагической лихорадки с почечным синдромом (1-3-й дни болезни) длительностью от 3 до 10 сут характеризуется острым началом, повышением температуры тела до 38-40 °С и более, сильной головной болью, сухостью во рту, тошнотой, снижением аппетита, слабостью, миалгиями. Отмечают запоры, хотя возможна и диарея до 3-5 раз в сутки. Характерны симптомы геморрагической лихорадки с почечным синдромом: снижение остроты зрения, боли в глазных яблоках, которые исчезают в течение 1-5 дней. Отмечают гиперемии лица, шеи, верхней части груди, инъекцию склер и конъюнктивы, гиперемии зева, геморрагическую энантему на слизистой оболочке мягкого нёба, умеренную брадикардию. Возможны кровянистые выделения из носа, рвота, боли в пояснице, животе; с 3-5-го дня появляется петехиальная сыпь в области ключиц, подмышечных впадин, груди. При тяжёлых формах отмечают симптомы менингизма. На 4-6-й день болезни возрастает риск развития инфекционно-токсического шока, особенно при нарушении лечебно-охранительного режима (физический труд, посещение бани, употребление алкоголя). Олигурический период (с 3-6-го по 8-14-й день болезни) - при нормализации температуры тела состояние больного не улучшается, чаще оно даже ухудшается; усугубляются симптомы геморрагической лихорадки с почечным синдромом (усиливается головная боль, появляется рвота, не связанная с приёмом пищи, икота, сухость во рту, анорексия), и суточный диурез снижается, степень выраженности олигурии коррелирует с тяжестью заболевания. Характерна выраженная адинамия, боли в поясничной области различной интенсивности, геморрагический синдром (кровоизлияния в склеры, в местах инъекций; носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения). Кровоизлияния в жизненно важные органы (ЦНС,

надпочечники, гипофиз) могут стать причиной летального исхода. Объективно у больных отмечают бледность лица, пастозность век, одутловатость лица; брадикардию, гипотензию, сменяемую к концу периода гипертензией; проявляются симптомы бронхита (у курильщиков). При пальпации живота определяется болезненность в проекции почек, гепатомегалия, положительный симптом поколачивания по поясничной области. При выявлении последнего симптома следует проявлять особую осторожность из-за возможности разрыва капсулы почки.

Полиурический период (с 9-13-го дня болезни) отличается развитием полиурии (до 5 л/сут и более), никтурии с гипоизостенурией; прекращением рвоты, исчезновением болей в пояснице, восстановлением сна и аппетита. В то же время сохраняются такие симптомы геморрагической лихорадки с почечным синдромом, как: слабость, сухость во рту. усиливается жажда. Иногда в первые дни полиурии ещё нарастает азотемия, возможно развитие дегидратации, гипонатриемии, гипокалиемии.

В период реконвалесценции восстанавливается суточный диурез, приходят к норме показатели мочевины и креатинина, улучшается общее состояние больного. Длительность выздоровления зависит от скорости восстановления почечных функций и продолжается от 3 нед до 2-3 лет. Оценка тяжести заболевания соответствует степени выраженности основных клинических синдромов, прежде всего острой почечной недостаточности, и развитию осложнений.

### **Осложнения геморрагической лихорадки с почечным синдромом**

Осложнения геморрагической лихорадки с почечным синдромом делят на специфические и неспецифические.

#### ***Специфические:***

- инфекционно-токсический шок;
- ДВС-синдром;
- азотемическая уремия;
- отёк лёгких и головного мозга;
- кровоизлияния в гипофиз, надпочечники, миокард, головной мозг;
- эклампсия;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- профузные кровотечения;
- надрыв или разрыв капсулы почки;
- инфекционный миокардит;
- геморрагический менингоэнцефалит,
- парез кишечника;
- вирусная пневмония и др.

#### ***Неспецифические:***

- пиелонефрит;
- восходящий пиелит;
- гнойный отит;
- абсцессы;
- флегмоны;

- пневмонии;
- паротит;
- сепсис и др.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом занимает особое место среди природно-очаговых болезней по трудности распознавания, тяжести течения, сложности профилактических мероприятий. В настоящее время актуальной задачей по снижению неблагоприятных исходов при геморрагической лихорадке с почечным синдромом является раннее выявление предшествующих заболеваний почек и их своевременное лечение.

**Целью исследования** было изучение влияния хронического пиелонефрита на клиническую картину геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС).

В ГБУЗ СО СГКП № 15 были проанализированы 26 амбулаторных карт больных с диагнозом ГЛПС, зарегистрированных за период с 2013 г. по 2015 г., средним возрастом  $39,6 \pm 1,2$  лет. Контрольную группу составили 11 больных ГЛПС с сопутствующим пиелонефритом, средним возрастом  $41,8 \pm 1,6$  лет. У всех пациентов определялись показатели: длительность лихорадки, максимальный уровень подъема температуры, уровень мочевины крови, уровень креатинина, концентрация ионов калия, натрия и хлора в крови, а так же лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), который рассчитывался следующим образом:

$$\text{ЛИИ} = (4\text{Ми} + 3\text{Ю}2\text{П} + \text{С}) \cdot (\text{Пл} + 1) / (\text{Л} + \text{Мо}) \cdot (\text{Э} + 1),$$

где Ми - миелоциты, Ю - юные, П - палочкоядерные лейкоциты, С - сегментоядерные лейкоциты, Пл - плазматические клетки, Л - лимфоциты, Мо - моноциты; Э - эозинофилы. Количество указанных клеток берется в процентах.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью Microsoft Excel для Windows.

В клинической картине заболевания синдром интоксикации регистрировался у 100% больных. Длительность лихорадки в контрольной группе оказалась выше ( $9,6 \pm 3$  дня), чем в общей группе ( $6,0 \pm 1,3$  дня). Гипертермия наблюдалась в пределах  $39 \pm 0,02$  градуса. Геморрагический синдром зарегистрирован у 86% больных общей группы и у 100% пациентов контрольной группы. Почечный синдром характеризовался выраженными болями в поясничной области в контрольной группе у 100% больных, в общей – 32% больных. Уровень мочевины крови в контрольной группе оказался выше ( $13,4 \pm 2,8$  ммоль/л), чем в общей группе ( $9,8 \pm 2$  ммоль/л). А уровень креатинина в контрольной группе ( $207 \pm 62,5$  ммоль/л) так же существенно выше, чем в общей ( $144 \pm 32,4$  ммоль/л). По данным общего анализа крови ЛИИ в контрольной группе увеличился в 2 раза, в общей группе – в 1,4.

**Заключение.** Таким образом, наличие сопутствующего хронического пиелонефрита усугубляет течение геморрагической лихорадки с почечным синдромом за счет активации условно-патогенной микрофлоры, что требует

назначения антибактериальной терапии данным больным с первых дней заболевания.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА В СТОМАТОЛОГИИ. ОПЫТ РАБОТЫ ЛАЗЕРОМ «EZLASE»**

***Маркова О.Н.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

История применения диодных лазеров в стоматологии довольно продолжительна. Из всего многообразия лазерных аппаратов диодный лазер наиболее востребован, так как обладает рядом преимуществ. Доставка излучения происходит по гибкому кварцполимерному световоду, что упрощает работу хирурга в труднодоступных участках. Лазерный аппарат имеет компактные габариты и прост в обращении и обслуживании, уровень безопасности высок, риск повредить структуры зуба сведен до минимума.

Лазерное излучение с длиной волны 980 нм обладает выраженным противовоспалительным эффектом, бактериостатическим и бактерицидным действием, стимулирует процессы регенерации. Традиционными областями применения для диодных лазеров являются хирургия, пародонтология, эндодонтия.

В стоматологическом отделении ГБУЗ СО СГКП № 15 лазер «EZLASE» начал применяться с 2013 года, причем наиболее востребованными являются хирургические манипуляции на мягких тканях полости рта. Диодный лазер позволяет нам выполнять в более короткие сроки манипуляции, которые ранее могли быть отсрочены после разреза скальпелем из-за кровотечений, необходимости наложения швов. С помощью лазера можно иссечь десневой сосочек или гипертрофированную десну и в это же посещение полечит зуб или начать изготовление ортопедической конструкции. Можно использовать полупроводниковый лазер при иссечении уздечек.

В основу применения лазеров в стоматологии положен принцип избирательного воздействия на различные ткани.

Существуют лазерные аппараты, совмещающие в себе несколько типов лазеров (например, для воздействия на мягкие и твердые ткани), а также изолированные приборы для выполнения конкретных узкоспециализированных задач (лазеры для отбеливания зубов).

Лазерный аппарат «EZLASE» работает на мягких тканях и имеет насадку для отбеливания зубов. При работе с лазером используется непрерывный и импульсный режим в зависимости от клинической ситуации. При изменении частоты и продолжительности импульса можно получать самые различные эффекты: чистую аблацию, аблацию и коагуляцию или только коагуляцию мягких тканей. Таким образом, можно подобрать индивидуальный режим работы для каждого типа тканей и вида патологии.

За 2014-2015 г.г. произведено 99 оперативных вмешательств с применением диодного лазера, в том числе иссечение гипертрофированного десневого сосочка 42, иссечение капюшона 11, удлинение клинической коронки зуба 27, кюретаж патологических зубодесневых карманов 19. Все манипуляции производились под обезболиванием. Пациенты отмечали отсутствие болевого синдрома после вмешательств, отсутствие кровоточивости, быстрое заживление послеоперационной раны, не испытывали никакого дискомфорта. Во всех случаях после иссечения десневого сосочка и удлинения клинической коронки зуба в то же посещение было проведено лечение причинного зуба.

Из отрицательных моментов можно отметить, что с помощью диодного лазера можно иссечь только небольшой объем ткани. В тех случаях, когда имеется большая толщина слизистой, например, капюшон над зубом мудрости, приходится прибегать к комбинированному способу иссечения - вначале скальпелем, затем лазером. Применение лазера после скальпеля оправдано, так как быстро происходит гемостаз, улучшается обзор операционного поля, операционная рана контурируется. Болевые ощущения в послеоперационном периоде минимальны или вообще отсутствуют.

Лазерная стоматология – очень перспективный и набирающий всё большую популярность метод лечения.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ**

*Маркова О.Н., Копылова Д.Г., Анисимов А.Ю.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Хронические периодонтиты составляют 20-30% от общего числа хирургических заболеваний челюстей. Лечение больных с хроническими периапикальными деструктивными процессами является актуальной проблемой амбулаторной хирургической стоматологии и даже выходит за ее рамки. Подавляющее большинство ученых признают существенную взаимосвязь одонтогенной инфекции и поражения ряда органов и систем. Очаги воспаления в периодонте являются источником сенсibilизации организма. Острые формы периодонтита и обострение его хронических форм приводят к окологлазничным абсцессам, флегмонам, лимфаденитам, которые в свою очередь могут привести к очень грозным осложнениям в виде медиастинита, тромбоза сосудов, воспаления черепной ямки.

Долгое время единственным методом устранения очага воспаления было удаление зуба. С развитием стоматологии более широкое распространение получили органосохраняющие операции. Такие операции с успехом проводятся в городской клинической поликлинике №15 г. Самары. Они предусматривают радикальное удаление периапикальных очагов инфекции при одновременном сохранении «причинного» зуба. Наибольшее распространение получили такие операции при лечении фронтальной группы зубов, несколько реже - премоляров и верхних моляров, в небольшом проценте случаев – нижних жевательных

зубов. Это обусловлено значительно большей толщиной кортикальной пластинки нижней челюсти, особенно в области моляров, и близости нижнеальвеолярного нерва.

За 2013-2015 годы нами произведено 140 резекций верхушки корня с цистэктомией. Возраст пациентов от 20 до 60 лет. Размер кист варьировал от 5 мм до 2 см в диаметре. В настоящее время разработаны и успешно применяются различные виды остеопластических материалов. Развитие тканевой инженерии позволяет свести к минимуму количество послеоперационных осложнений. В 26 случаях для заполнения полостей использовалась лиофилированная кость и брeфоостеоматрикс, в 70 случаях - колапол КП, гидроксиапол в 22 случаях и в 31 случае полость заполнялась кровяным сгустком. Брефокость и лиофилированная кость использовалась для заполнения полостей после вылуцивания больших радикулярных кист, колапол при кистогранулемах.

Наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде показывает, что наиболее гладким оно было при применении брeфокости, лиофилированной кости и под кровяным сгустком. При применении колапола наблюдались значительные отеки мягких тканей у 50% пациентов. Это увеличивало период нетрудоспособности на 3 – 4 дня. Наиболее быстрое заживление отмечалось у пациентов с хорошей гигиеной полости рта и более молодого возраста. У этой категории пациентов швы снимались на 7 – 8 сутки, реже – на 9 – 10 сутки.

Для предотвращения возможных осложнений перед оперативным вмешательством после обязательного рентгенологического обследования проводится санация полости рта, подготовка «причинных» зубов. При подготовке пациента к оперативному лечению обязательно учитывается наличие общих заболеваний, уровень гигиены полости рта, наличие сопутствующих стоматологических заболеваний и наличие мотивации пациента к хирургическому зубосохраняющему методу лечения.

Все прооперированные пациенты находятся на диспансерном наблюдении. Каждые 3 месяца проводится осмотр и рентген - контроль. При использовании натуральной кости и заживлении под кровяным сгустком костная ткань восстанавливается за 6 – 8 месяцев. При заполнении полостей колаполом рисунок костной ткани в большинстве случаев восстанавливается за 7 – 10 месяцев.

Осложнения наблюдались у 6 пациентов, что составило менее 0,5%. Это нарушение чувствительности нижней губы у 2 пациентов, верхней губы у 1 пациента. После проведенного медикаментозного лечения чувствительность восстановилась через 6 месяцев. В двух случаях в первый месяц после операции произошло обострение процесса, отторжение колапола и зубы пришлось удалить. Одной пациентке спустя 8 месяцев была проведена повторная цистэктомия.

Несмотря на то, что в последние годы значительных успехов достигла дентальная имплантология, сохранение собственных зубов при патологических изменениях в околоверхушечной области имеет значительные преимущества, которые не требуют доказательств. Применение ранее известных и новых

трансплантатов в сочетании с уже известными методиками позволяет в короткие сроки ликвидировать очаги хронической одонтогенной инфекции, сохранить функциональную способность зубочелюстной системы.

## **РЕЦЕССИЯ ДЕСНЕВОГО КРАЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИКОЙ ПАЦИЕНТОВ С ТОНКИМ БИОТИПОМ ДЕСНЫ**

*Музыка Р.А., Музыка Н.В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Рецессия десневого края - это убыль мягких тканей в апикальном направлении. В результате рецессии обнажаются корни зубов и значительно ухудшается эстетика протезированного участка. Рецессия десны может возникнуть непосредственно после протезирования зубов коронками или через довольно продолжительный период времени.

Причины непосредственных рецессий всегда ятрогенные и заключаются в нанесении острой травмы десневому краю во время препарирования зубов, постановки ретракционной нити и фиксации коронки. В подавляющем большинстве случаев такое осложнение наблюдается у пациентов с тонким биотипом десневого края или в области зубов, где наблюдаются локальные признаки тонкого биотипа.

Многочисленными исследованиями установлена глубина зубодесневой борозды в пределах 0,69 мм (рис.1). Попытка продвижения кончика инструмента глубже на этапах препарирования зуба неизбежно заканчивается травмированием зоны эпителиального прикрепления, что в 100% случаев приводит к рецессии десневого края приблизительно через 3-5 недель после протезирования у пациентов с тонким биотипом десны.

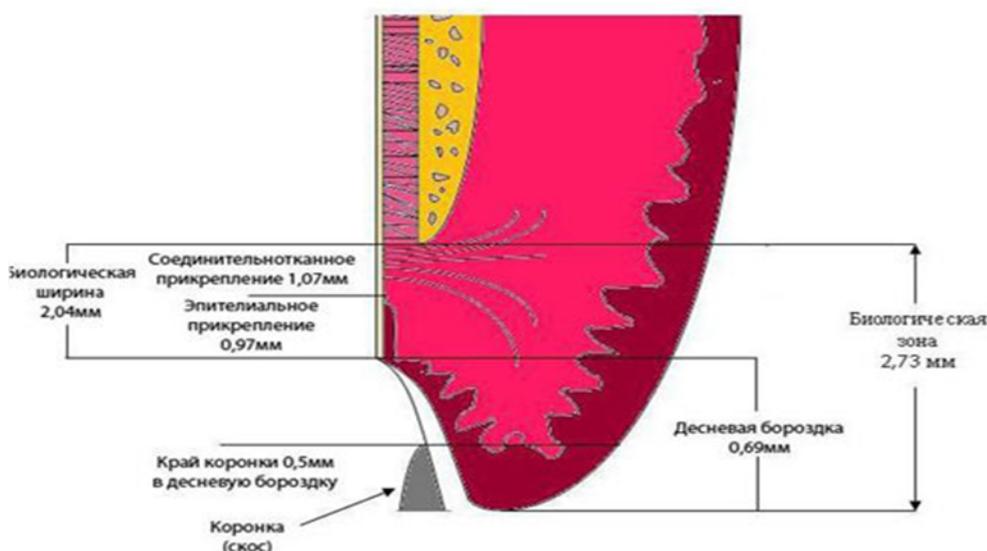


Рис. 1. Схема краевого пародонта и оптимального расположения края коронки

В переднем отделе челюстей зубы с массивными корнями (чаще это клыки и центральные резцы) имеют тонкий слой кортикальной кости. В подобных случаях внутрикостное кровоснабжение вестибулярных участков кости минимально или вообще отсутствует; кровоснабжение их в основном осуществляется за счет сосудов надкостницы. Повреждение сосудов надкостницы, например, бором, может приводить к потере кортикальной пластинки кости. При этом образуется щелевидный (дигисценция) или окончатый (фенестрация) дефекты. В этих местах десна очень чувствительна к механическим повреждениям и микробной нагрузке.

Вторая причина - форсированное продвижение ретракционной нити вглубь мягких тканей. Попытка глубокого позиционирования нити при безуступном препарировании или продвижения нити вглубь при расположении линейной границы препарирования в области дна борозды также заканчивается нарушением целостности эпителиального прикрепления с развитием в дальнейшем рецессии.

Напротив, у пациентов с толстым биотипом десны незначительная травма зоны эпителиального прикрепления потенциально не приводит к развитию именно рецессии. Чаще всего такая ошибка заканчивается развитием вялотекущего воспалительного процесса, который при должной степени краевого прилегания коронки саморазрешится. Или при плохом краево-прилегании разовьется в хронический гингивит. Однако нанесение более глубокой травмы может привести к формированию рецессии и у пациентов с толстым биотипом десны.

Причины отсроченных рецессий достаточно многогранны и не всегда зависят от ошибок врача. Так, среди основных причин следует выделить те, которые приводят к естественной убыли костной и десневой ткани у любого человека, даже не имеющего искусственных коронок в полости рта. Основным фактором, который может спровоцировать развитие рецессии, следует признать анатомо-физиологические особенности построения альвеолярного гребня, особенно в переднем отделе.

Первое - это глубина преддверия полости рта и объем прикрепленной десны. По классификации Г.Ю. Пакалнса мелким считается преддверие глубиной менее 5 мм. Измерение глубины преддверия производится пародонтальным зондом. Измеряется расстояние от края десны до мукогингивальной линии (она является границей между прикрепленной десной и подвижной слизистой оболочкой) в области центрального резца нижней челюсти. Правильнее оценивать ширину как свободной, так и прикрепленной десны в области всех зубов.

Исследованиями Е.А. Горбатовой показано, что большое значение в возникновении рецессии десны имеет не собственно ширина прикрепленной десны, а соотношение величин прикрепленной и свободной десны. При соотношении 1:1 количество пациентов с патологией пародонта составляет 90,5 %, тогда как при соотношении 8:1 этот показатель снижается до 28,6%. В

клинике необходимо ориентироваться на оптимальное соотношение 5:1. При этом 5 мм - это минимальный размер, до которого следует расширять зону прикрепленной десны при проведении хирургических манипуляций.

Отсутствие достаточной прикрепленной десны при мелком преддверии полости рта приводит к постоянной травматизации десны пищевым комком, задержке пищевых остатков, нарушению кровоснабжения десны. Возникающие атрофические нарушения приводят к возникновению рецессии десны. Такой же механизм возникновения рецессий при наличии слизисто-альвеолярных тяжей и неправильном прикреплении уздечек верхней и нижней губы (особенно при вплетении соединительно-тканых волокон в межзубный сосочек). Следствием устранения натяжения мягких тканей после вестибулопластики может являться самостоятельное закрытие рецессии десны. При этом высота прикрепленной десны увеличивалась с 1 до 8 мм. Через 6 месяцев после операции иногда наблюдается полное закрытие рецессии десны в результате феномена "наползающего приращения".

Попытка протезировать пациентов в переднем отделе без учета особенностей формирования преддверия полости рта, расположения уздечек и т.п. осложняется очень неприятным ухудшением эстетики в последующем в результате потери уровня десневого края. Во многих случаях эту проблему возможно решить хирургически, без переделки всей ортопедической конструкции, но так или иначе это принесет дополнительный психологический и материальный дискомфорт в работе с конкретным пациентом.

Второе - это соотношение профиля альвеолярного отростка и профиля самой коронки. Существует четкая закономерность в переднем отделе: профиль альвеолярного гребня и профиль вестибулярной трети коронки совпадают между собой. Соответственно, при наличии выпуклого альвеолярного гребня мы наблюдаем округлые зубы с выраженными экваторами, а при наличии плоского альвеолярного гребня - плоские зубы, со слабо выраженными экваторами и функциональными скосами режущего края. С большой долей вероятности такая закономерность может быть распространена и на боковой участок, особенно зону премоляров.

Несоблюдение указанной особенности приводит не только к изменению эстетических пропорций улыбки и грубому несоответствию искусственных зубов остальному лицу пациента, но и к нарушению функционирования зубодесневой борозды, нарушению процесса самоочищения, накоплению пищи и развитию воспалительного процесса с последующей рецессией десневого края.

Несоответствие профиля коронки профилю альвеолярного отростка чаще всего наблюдается, опять-таки, при безступенном препарировании зубов. В этом случае в пришеечном участке культы формируется недостаточно пространства для будущей реставрации. Толщина каркаса и облицовочного материала образуют избыточный контур коронки, что приводит к означенным проблемам. Ситуация усугубляется еще и нависающим краем коронки (дополнительный травмирующий фактор), что неизбежно при нелинейной границе

препарирования. Также несоответствие профилей может возникнуть из-за технических нюансов исполнения конструкции. Чаще всего причины сводятся к элементарному недостатку профессиональных знаний у исполнителей.

Вследствие наличия нависающего края коронки также может развиваться рецессия десны. При этом сначала отмечается развитие хронического воспалительного процесса с последующей рецессией мягких тканей.

Среди других причин особо следует отметить хроническую травму десневого края пищевым комком и зубной щеткой. Очень жесткая щетина зубной щетки, чрезмерное усилие, производимое при чистке зубов, также являются причинами возникновения рецессии десневого края. Особенно большой вред наносит чистка зубов горизонтальными движениями. Причем у правой более выражена рецессия с левой стороны зубного ряда. Ударный контур зубного ряда создает условия, при которых зубы, находящиеся вне зубной дуги, первыми испытывают повреждающее действие зубной щетки. Чаще всего такой тип рецессии мы можем наблюдать над клыками и первыми премолярами.

К хронической травме следует также отнести травматическую окклюзию, которая формируется вследствие ошибок протезирования или естественных факторов изменения парадонтального статуса. При наличии узлов травматической окклюзии происходит локальная перегрузка участков парадонта, что приводит к потере костных структур и последующей рецессии мягких тканей.

Вредные привычки (например, вычищение пищевых остатков между зубами спичками), а также неправильное использование зубочисток и десневых стимуляторов - еще одна возможная причина возникновения рецессии десны над коронками.

Внешняя травма, например, вывихи зубов с отломом вестибулярной стенки лунки, также приводит к возникновению сильно выраженных рецессий десны.

Причиной рецессии также может стать эндодонтическая патология (например, перфорация стенки корня или фрактура). При условии длительного бессимптомного течения такой патологии рецессия десневого края зачастую становится единственным клиническим признаком, по которому возможно начать диагностировать проблему.

Основным методом устранения рецессий десневого края является хирургический. Однако для достижения стойкого клинического эффекта необходимы определенные анатомические условия, а именно возможность реализации костной поддержки для мягких тканей. В случае отсутствия положительного прогноза хирургического лечения показана замена ортопедической конструкции. Замена конструкции также абсолютно показана при неудовлетворительном краевом прилегании реставраций, несоответствии профиля коронки и других проблемах.

Основным способом профилактики возникновения рецессий является соблюдение правил препарирования зуба и последующей ретракции, формирование линейных границ препарирования и достижение высокой

точности изготавливаемых реставраций. Также необходимо проводить скрупулезное первичное обследование пациентов, что позволит выявить и устранить на ранних этапах все отягчающие факторы последующего лечения. На этапах изготовления конструкции необходимо учитывать особенности её функционирования в полости рта и возможность создания адекватных условия для её самоочищения. Со стороны врача в лабораторию должен поступить весь объем необходимой клинической информации для создания анатомически правильной коронки. Прежде всего, это правильно подготовленные культы зубов с линейной границей препарирования, обеспечивающие достаточно пространства для размещения всех слоев реставрации в пределах объема естественного зуба. Кроме того, необходимы информативный оттиск зубного ряда и прилегающих мягких тканей, достоверные данные о соотношении зубных рядов и положении верхней челюсти, а также информация о цветовой структуре зубов пациента. При условии качественного выполнения врачом своей части работы, основным условием долгосрочного успеха реставрации будет качество краевого прилегания коронок, что всецело зависит от зубного техника.

На базе ГБУЗ «СОКСП» и зубопротезного отделения ГБУЗ «СГКП №15» ортопедическая помощь была оказана 37 пациентам в возрасте от 28 до 43 лет с тонким биотипом десны и отсутствием признаков заболевания пародонта. Протезирование проводилось в эстетически значимых зонах металлокерамическими протезами. Пациенты были разделены на две группы, отличающиеся клиническими этапами изготовления металлокерамики.

Пациентам 1 группы (20 человек) препарирование зубов проводилось в один этап с механической ретракцией и погружением желобовидного уступа на 0,2 мм под десну, снятием двухслойного двухмоментного оттиска С-силиконом с последующим изготовлением провизорных коронок. Пациентам 2 группы (17 человек) проводилось препарирование зубов в два этапа. В первое посещение было произведено препарирование зубов с механической ретракцией и погружением желобовидного уступа на 0,1 мм под десну, после чего были изготовлены провизорные коронки. Во второе посещение, при условии отсутствия отёчности десневого края препарированных зубов, уступ погружался под десну на глубину 0,2 мм с использованием финирного бора на малых оборотах и, при необходимости, химической ретракции, снимался двухслойный двухмоментный оттиск С-силиконом с последующей заменой провизорных коронок на новые. При этом увеличилось время ортопедического лечения в среднем на 10 дней. Однако, это дало возможность снизить риски травматизации десны от препарирования и ретракции, позволило изготовить временные конструкции с повышенной точностью краевого прилегания. В каждом из рассмотренных клинических случаев на момент установки постоянных коронок из металлокерамики отмечались удовлетворительная эстетика и восстановление функции протезированного сегмента.

Плановое наблюдение за пациентами обеих групп велось на протяжении 12 месяцев с момента установки постоянных непрямых реставраций. У пациентов

1 группы осложнения в виде незначительной рецессии десны отмечались в 15 % случаев, у пациентов 2 группы – в 5,8 %. Таким образом, процент осложнений из-за непосредственной рецессии десневого края у пациентов с тонким биотипом десны оказался в 2,5 раза ниже при изменении врачебной тактики, что позволяет снизить риск влияния ятрогенных факторов на рецессию десны к минимуму.

Использованная литература:

1. Жулёв Е.Н. Ортопедическая стоматология: учебник / Е.Н. Жулёв. -М.: МИА, 2012. -840 с.
2. Ортопедическая стоматология / Н.Г.Аболмасов [и др.]. -8 издание. -М.: МЕДпресс-информ, 2013. -512 с.
3. Трезубов В.Н. Клиническая стоматология: учебник / Под редакцией В.Н. Трезубова, С.Д. Арутюнова. -М.: Практическая медицина, 2015. -788 с.
4. Февралева А.Ю. Устранение рецессии десны: практическое руководство / А.Ю. Февралева, А.Л. Давидян. - М.: ПОЛИ МЕДИА ПРЕСС, 2007. -149 с.

**СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ  
(АНАЛИЗ РАБОТЫ ВОП НА УЧАСТКЕ)**

*Назаркина И.М., Федосеева Л.С., Ларина Т.А.,  
Соловьева Л.П., Солина Е.В., Денисова А.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Демографическое старение населения – увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения, которая еще два десятилетия тому назад рассматривалось как феномен, относящийся исключительно к развитым странам, в настоящее время охватывает практически весь мир.

В мире, по данным ВОЗ, в 2000 году численность этой части населения достигла 590 млн. человек, а к 2025 году количество пожилых людей планеты достигнет 1 млрд. человек.

В России практически пятая часть (18%) всего населения страны около 30 млн. человек составляют люди пенсионного возраста, в их числе около 11% (3.2 млн.) составляют люди старше 80 лет.

В соответствии с классификацией ВОЗ у взрослого населения России выделяют возрастные группы:

- 60-74 года – пожилой возраст;
- 75 лет и старше – старческий;
- 90 лет и старше – долгожители.

Уровень заболеваемости у пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем среди людей молодого и среднего возрастов.

Более 70 % этой категории лиц имеют 4-5 и более хронических заболеваний. Наиболее часто заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кроветворной, костно-суставной систем, органов дыхания, пищеварения, глаз и уха.

Особенности заболеваемости лиц пожилого возраста заключаются в следующем:

- полиморбидность;
- хроническое течение заболеваний;
- стертость клинической картины;
- поздняя обращаемость за медицинской помощью;
- изменившаяся фармакодинамика и фармакокинетика;
- вынужденная полиневропатия;
- нередко полипрагмазия в сочетании с измененной фармакокинетикой;
- сложное сочетание личных, бытовых, социальных и медицинских проблем.

Выделение гериатрических проблем изменяет стратегию и тактику работы ВОП в ЛПУ амбулаторного типа.

В качестве первого этапа встает задача *первичного скрининга* лиц старше 60 лет, на котором выявляется социальный статус пожилого человека и определяется группа здоровья. При этом разрабатывается индивидуальная карта профилактических мероприятий с учетом выявляемой возможной патологии.

Второй этап работы с гериатрическим пациентом – *диагностический* – предусматривает более широкий круг диагностических манипуляций. На этом этапе определяется значимость каждого из коморбидных заболеваний для состояния здоровья пациента, обязательно оценивается психологический статус пожилого человека, степени его адекватного участия в решении вопроса о выборе тактики ведения. В случае изменения его психологического статуса меняется линейность общения: врач - больной на замкнутую систему из трех лиц: врач – больной - родственник (опекун).

Третий этап работы – *профилактически-реабилитационный*, на котором важную роль играют немедикаментозные воздействия: диета, занятия лечебной или оздоровительной физкультурой, психотерапевтические и социальные (с привлечением службы социальных работников) реабилитационные мероприятия.

На четвертом этапе ведущими являются *лечебные мероприятия*, включающие амбулаторное, стационарное, в том числе круглосуточное или по типу дневного пребывания больного, терапию, при возможности – и санаторно-курортное лечение.

Практически на всех этапах большую роль играет «медицинское образование пациента». Человек приглашается на занятия соответствующей образовательной школы (основного направления – «Активное долголетие», при необходимости, в случае наличия коморбидных состояний – сопутствующей тематике с учетом выявленной нозологии). Это способствует укреплению взаимопонимания между медицинским работником (врачом или медицинской сестрой), то есть создания климата должного комплаенса между ними.

Цель работы: оценить эффективность деятельности МОП и ВОП на участке с пациентами старших возрастных групп и ее влияние на уровень госпитализации, вызовы скорой помощи.

Нами проанализированы количество пожилых людей по наиболее часто встречающимся нозологиям по отделениям, и как за ними ведется наблюдение ВОП и МОП, а также вызовы СМП и госпитализация лицами пожилого возраста.

Лица пенсионного (старшего) возраста по возрастным группам распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

**Возрастная структура лиц пенсионного (старшего) возраста в ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 г.о. Самара»**

<b>Возраст ОВОП</b>	<b>55-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70-79</b>	<b>80-89</b>	<b>90 и более</b>	<b>Всего</b>
<b>ОВОП 1</b>	1399	2182	1570	716	91	5958
<b>ОВОП 2</b>	1214	2052	1523	703	94	5586
<b>ОВОП 3</b>	1224	2561	1376	530	88	5779
<b>ОВОП 4</b>	1672	2078	1405	728	105	5988
<b>Всего</b>	5 309	8 903	5 874	2 577	378	<b>23 312</b>

Количество лиц по возрастным группам по отделениям распределились на одном уровне около 40%.

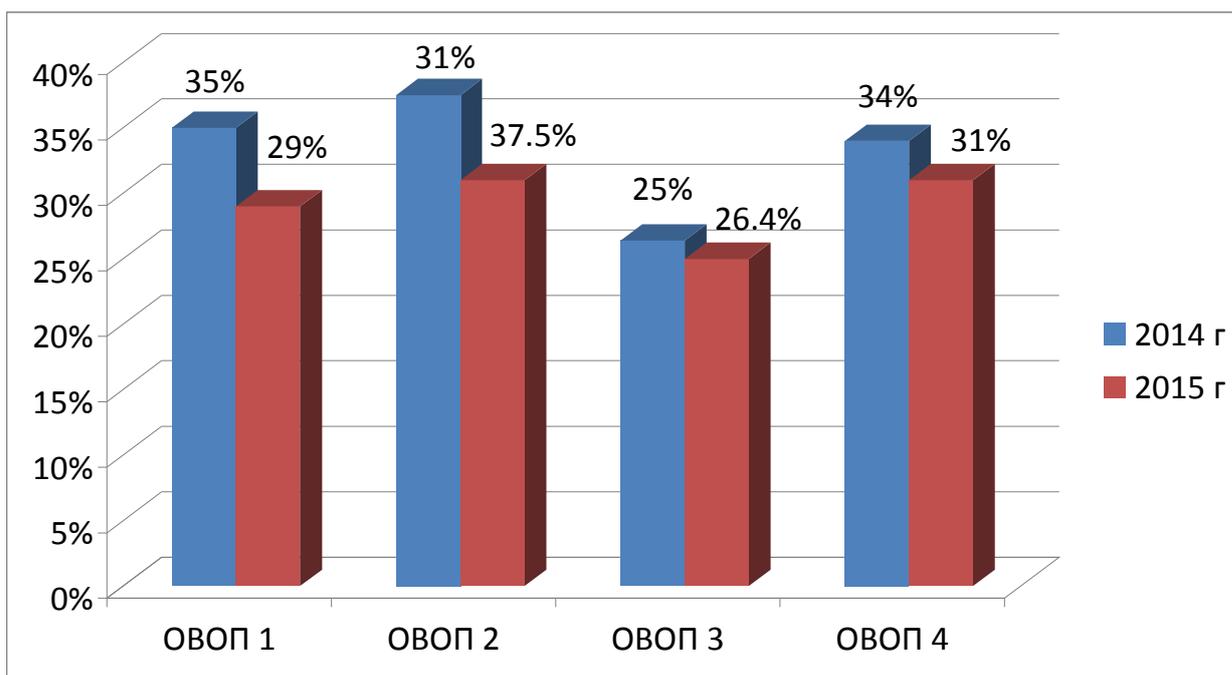
Среди лиц пожилого возраста чаще встречаются болезни системы кровообращения и эндокринной системы (табл.2).

Таблица 2

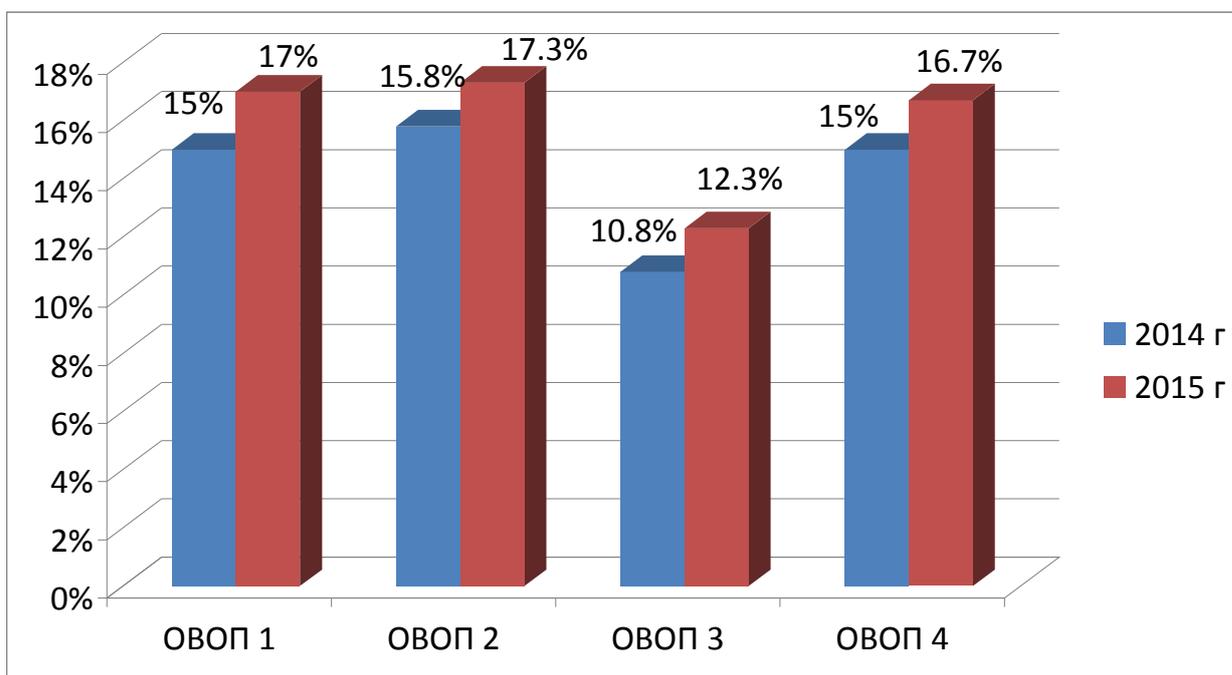
**Структура нозологических форм у гериатрических больных**

<b>МКБ-10</b>	<b>I20.8</b>	<b>I67.2</b>	<b>I11.9</b>	<b>E11-E14</b>
<b>ОВОП 1</b>	1373 9%	2104 14%	4187 28%	680 4%
<b>ОВОП 2</b>	1585 11%	2656 19%	4426 31%	639 4%
<b>ОВОП 3</b>	1314 9%	2256 15%	3783 26%	569 4%
<b>ОВОП 4</b>	1849 12%	2242 14%	4359 27%	567 4%

Информированность пациентов данных возрастных групп об их заболеваниях, правила поведения при них, посещение действующих образовательных школ, а также динамическое наблюдение ВОП и МОП привело к снижению вызовов СМП, уровней госпитализации (рис. 1,2).



**Рис. 1. Количество вызовов скорой помощи, лицам пожилого возраста от общего количества вызовов СМП (в %)**



**Рис. 2. Количество госпитализаций лиц пожилого возраста от общего количества госпитализаций (в %)**

**Выводы.**

- В ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 г.о. Самара разработана программа стратегии и тактики ведения гериатрических пациентов, включающих четыре этапа.

- Наиболее важную роль в реализации данной программ играют участковые службы: ВОП и МОП с обязательным привлечением к работе других государственных структур (социальной защиты граждан).
- Правильная информированность населения о заболевании, тактике его лечения и самопомощи при начальных симптомах ухудшения состояния приводит к снижению вызовов скорой помощи и уровня госпитализаций у данной категории населения.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ  
ПО ИТОГАМ РАБОТЫ 2013-2015 г.г. в ГБУЗ СО СГКП №15  
Ничунаева М.Ю.**

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

В России профилактика хронических неинфекционных заболеваний обозначена приоритетом государства в сфере охраны здоровья граждан, начиная с 1993 года. Наиболее активные перемены в плане совершенствования мер профилактики хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации начались в 2013 году с внедрением в практику диспансеризации взрослого населения на новой методологической и организационной основе.

В соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н, затем приказом министерства здравоохранения РФ от 03.02.2015 № 36ан в медицинской организации проводится в течение последних трех лет диспансеризация взрослого населения.

Диспансеризация проводится в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. По результатам обследования граждан определяются группы состояния здоровья, необходимые профилактические, лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия, формируются группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также группы граждан с высоким и очень высоким суммарным риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Диспансеризация взрослого населения реализуется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С апреля 2013 года проведение диспансеризации определенных групп стартовала в нашей медицинской организации. Предварительно была проведена вся подготовительная организационно-методическая работа. План 2013 года

составил 10893 человека, выполнение составило 11708 человек, что соответствует 107,5%.

План на 2014 год составил 13 770 человек, выполнение составило 13 890 человек, что составило 100,8 % от всего плана. В 2015 году план составил 13800 человек, осмотрено 13904 человека, что составило 101% плана. В 2013 - 2014 годах среди осмотренных преобладают люди трудоспособного возраста, до 60 лет - 79%, старше 60 лет - 21%. В 2015 году так же преобладали граждане трудоспособного возраста – 54%. Женщины составили в 2015 г. – 57%, в 2014г – 59,5, в 2013г - 63%; мужчины в 2015г-43%, в 2014г – 40,5, а в 2013г - 37%, т.е. количество мужчин из года в год увеличивается, но женщины все равно преобладают. Работающие граждане составили 58%, неработающие - 42%, в 2013 году соответственно 55% и 45%., т.е. группа работающих несколько выросла. Вышеприведенные данные мало отличаются от данных по России. В 2015 году количество трудоспособного возраста уменьшилось до 54%.

В 2013 - 2014 годах распределение по группам здоровья было примерно одинаковым и представлялось следующим образом: 1 группа- 35%, 2 группа составила – 23%, 3 группа – 45%. В 2015 году значительно изменилось соотношение групп здоровья 1гр - 41%, 2 гр-2%, соответственно 3 гр. -57%. Что отражает тенденции по г. Самаре. Данная ситуация связана с лучшим знанием правил определения групп здоровья.

По факторам регистрации факторов риска ситуация выглядит следующим образом.

В начале 2014 года были сделаны коррективы в работе с факторами риска и способами внесения в медицинские документы. В настоящее время регистрация факторов риска отображена на нижеприведенном рисунке. В настоящее время отмечается недостаточная регистрация такого фактора риска, как артериальная гипертензия и употребление алкоголя. Данная проблема связана с тем, что многие пациенты уже страдают артериальной гипертензией и это состояние регистрируется как заболевание. Относительно употребления алкоголя не каждый пациент решится признаться в том, что он излишне употребляет алкоголь.



В 2014 году всего выявлено 1605 заболеваний, что на 600 заболеваний больше, чем в 2013 году. Злокачественных образований – 10, в 2013 году - 3 случая, 14 случаев – сахарного диабета; в 2013 году - 5 случаев. В 2014 году чаще определялись заболевания эндокринной системы, в основном за счет ожирения, затем заболевания системы кровообращения и заболевания системы пищеварения. Уровень впервые выявленных заболеваний представлен на нижеприведенной таблице. В 2015 году впервые выявлено 2117 заболеваний, что на 512 заболеваний больше. В таблице 1 приведены данные о впервые выявленных заболеваниях, которые распределились следующим образом.

Таблица 1

**Впервые выявленные заболевания распределились следующим образом (на 1000 человек)**

Наименование заболеваний/ год	ГБУЗ СО СГКП №15 г.о. Самара			РФ
	2013	2014	2015	2014
Болезни эндокринной системы	43,3	42,3	98,3	50,8
Болезни системы кровообращения	21,0	33,7	28	86,2
Новообразования	4,5	5,1	7	
Злокачественные образования	0,5	0,7	1,006	1,7
Болезни системы пищеварения	18,4	20,9	13,7	26,4

В 2015 году значительно увеличилось количество выявленных эндокринологических заболеваний – это в основном за счет пациентов страдающих ожирением, гиперхолестеринемией. А так же выявлено 64 заболевания сахарным диабетом. Так же выявлено, 7% пациентов, имеющих

новообразований, в т.ч. 14 онкологических заболеваний: 7 злокачественных новообразований молочной железы, 4 – злокачественных новообразований предстательной железы.

За 2014 год направлено на 2 этап 4802 человек, что составило 34,6% от всех осмотренных. В 2015 году на второй этап направлено 4498 пациентов, что составило 34,5 % пациента, что превышает показатель по Самарской области, но 700 человек не закончили 2 этап.

По данным РФ средний показатель составил 19,1%. В целом, по данным руководящих документов по проведению диспансеризации количество направленных должно составить сумме пациентов из второй и третьей группы. На втором этапе проводились исследования согласно руководящим документам: УЗДГ; ФГС; исследование липидного спектра, исследование гликированного гемоглобина, осмотрены окулистом, хирургом, урологом, неврологом. Надо отметить, что с введением нового порядка проведения диспансеризации согласно Приказу министерства здравоохранения № 36ан, значительно сократилось количество осмотренных у невролога (в 2015 г. за январь, февраль и март осмотрено неврологом 646 человек, а за период апрель-декабрь 2015 г. – 215 человек), значительно уменьшилось выполненных исследований на PSA (за период январь-март 486 исследований, а период апрель-декабрь всего выполнено – 25 исследований). Одной из причин данного факта является трудность пригласить пациентов еще раз в поликлинику для прохождения второго этапа диспансеризации. В 2015 году индивидуальное углубленное профилактическое консультирование проведено 2912 пациентам; групповое консультирование проведено – 1586. Данные цифры практически не отличаются от показателей 2014 года. Углубленное консультирование в отличие от 2013 года проводилось в отделение профилактики и в центре здоровья. В таблице 2 приведены результирующие данные диспансеризации 2013-2015 г.г.

Таблица 2

**Результаты диспансеризации 2013-2015 г.г.**

<b>Результаты диспансеризации</b>	<b>2014 год</b>	<b>2013 год</b>	<b>2015 год</b>	<b>РФ</b>
Установлено диспансерное наблюдение	4308 (31%)	605 (5%)	2594 (19%)	43%
Назначено лечение	2246 (16%)	1659 (14%)	2698 (19%)	21%
Направлено на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации	2655 (2%)	312 (2,6%)	1733 (12,4%)	3,4%
Направлено на санаторно-курортное лечение	1209 (8,0%)	997 (8,0%)	1093 (7,8%)	2,6%
Направлено для получения специализированной помощи	0	0	0	00,1%

Результаты проведенной диспансеризации сопоставимы с результатами по Российской Федерации. Настораживает то, что в течение трех лет не

направлено ни одного человека на получение специализированной помощи. Данную проблему необходимо тщательно проанализировать.

Задачей на 2016 год – приглашение трудоспособных граждан на диспансеризацию, особенно пациентов мужского пола. Продолжить работать в плане неформального проведения диспансеризации. Увеличить количество пациентов прошедших 2 этап диспансеризации, не менее 40% от всех прошедших диспансеризации. Необходимо всем пациентам качественно проводить УПК в отделение профилактики, активнее привлекать к этому центр здоровья.

Таким образом, по итогам диспансеризации можно говорить об основных проблемах.

1. Приглашение подлежащего диспансеризации контингента.
2. Ведение медицинской документации.
3. Качественное проведение диспансеризации (направление на 2 этап диспансеризации, прохождение подлежащего обследования, проведение профилактического консультирования).
4. Организация диспансерного наблюдения пациентов со 2 группой здоровья в отделении профилактики.
5. Дальнейшая отработка механизмов взаимодействия между участковой службой и центром здоровья, отделением профилактики.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ГЕРПЕС- ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ**

*Овчинникова М.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В.,  
Санталова Г.В., Дорожкин В.К.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

При хронических рецидивирующих инфекциях риск внутриутробного инфицирования варьирует от 0,05% до 24,5%, при этом плацентарная недостаточность (ПН) и потери плода встречаются примерно с той же частотой, что и при острых формах [1]. Частые рецидивы герпетической инфекции (ГИ) у беременных способствуют спонтанным абортam, неразвивающейся беременности, ПН, хронической гипоксии плода (ХГП), задержке роста плода (ЗРП), маловодию, многоводию, преждевременным родам, повышают риск внутриутробного инфицирования и реализации ГИ, нарушению адаптации новорожденных [2-6].

Во время беременности у женщин формируется относительный иммунодефицит, значительно меняется гормональный фон, имеет место перманентная перестройка функциональных систем, в связи с чем латентно протекающая ГИ часто приобретает рецидивирующий характер. Гликопротеиды вируса простого герпеса 1,2 типов (ВПГ-1,2) участвуют в механизме вирусиндуцированной иммуносупрессии, они экспрессируются в

инфицированных клетках и клетках иммунной системы, трансформируют их, что приводит к развитию иммунопатологических реакций, направленных против организма. Так же гликопротеиды препятствуют эрадикации вируса за счет своей способности связывать Fc-фрагмент IgM, тем самым препятствуя антителозависимому лизису инфицированной клетки. Следовательно, формируется порочный круг, способствующий частым и длительным рецидивам ГИ, что, безусловно, повышает риск внутриутробного инфицирования плода ВПГ [7, 8].

В настоящее время отсутствуют абсолютно надежные методы профилактики рецидивов ГИ. Существующие методы предполагают применение системной супрессивной или системной эпизодической противовирусной химиотерапии, имеющей большой спектр побочных реакций. Перспективным направлением в профилактике рецидивирующего течения вирусных инфекций является антигомотоксическая терапия (АГТТ), основанная на принципах гомотоксикологии, отвечающая принципам перинатальной фармакологии, способная стимулировать и поддерживать эндогенные процессы регуляции и самоизлечения, способствуя элиминации возбудителя.

Целью исследования явилась клиническая апробация метода профилактики рецидивов герпетической инфекции у беременных и оценка эффективности антигомотоксической терапии по фетопротекции с применением методологических стандартов доказательной медицины.

Женщин с рецидивирующим течением ГИ выделяли в группу высокого риска по внутриутробному инфицированию плода для последующей апробации метода профилактики рецидивов ГИ в период гестации, включающего догестационную подготовку в течение трех месяцев и периодическую курсовую АГТТ во время беременности. Эффективность противорецидивной терапии оценивалась путем клинического и лабораторно-инструментального контроля течения беременности, состояния фетоплацентарного комплекса (ФПК), диагностики инфицирования ВПГ новорожденных или реализации у них ГИ.

Превентивное лечение АГТТ осуществляли следующим образом. На догестационном этапе назначались: препарат Энгистол (регистрационный номер П N013495/01 от 14.03.2008) по схеме: первый месяц по 1 таб. 3 раза в день, второй месяц по 1 таб. 2 раза в день, третий месяц по 1 таб. 1 раз в день сублингвально за 30 минут до еды, и препарат Траумель С (регистрационный номер П N011686/01 от 09.06.2010) за месяц до предполагаемой беременности по 1 таб. 3 раза в день сублингвально за 15 минут до еды. В период гестации в сроки 14-17 нед., 24-27 нед., 34-37 нед. препарат Энгистол назначался по 1 таб. 3 раза в день сублингвально за 30 минут до еды; в указанные сроки препарат Траумель С назначался по 1 таб. 3 раза в день сублингвально за 15 минут до еды.

Под наблюдением находились 403 женщины с рецидивирующим течением ГИ: I группу (основную) составили 92 женщины, которым профилактика рецидивов осуществлялась согласно разработанному способу; II группу (сравнения) составили 126 женщин, которым во время рецидива

проводилась только местная и эпизодическая системная химиотерапия Ацикловиром (регистрационный номер ЛС - 001205 от 27.01.2006); III группу (сравнения) составили 185 женщин, которые отказались от проведения лечебных мероприятий. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин и их новорожденные. При обработке результатов применялись статистическая программа Statistica 6.0

По результатам наблюдения рецидивы ГИ в I группе имели место у 4 беременных (4,3%), во II группе – у 126 (100%), в III группе – у 185 (100%). В основной группе ПН диагностировалась у 13% (12 наблюдений) беременных, преимущественно (75%) – I ст. тяжести (дисфункция плаценты), в 25% наблюдений имела место ПН II ст. (декомпенсированная ПН с преимущественным нарушением трофической функции – ЗРП I ст.). Невысокую частоту диагностированной ПН в основной группе можно объяснить защитным действием антигомотоксических препаратов на ФПК, реализующимся через иммунокорректирующий, мембраностабилизирующий, реовазопротекторный, лимфодренажный, противовоспалительный, метаболический биоэффекты АГТТ [1, 4, 5].

Во II и III группах ПН диагностирована в 75,4% и 95,7% соответственно, в основном II и III ст. тяжести. Следует отметить, что нарушение трофической функции плаценты среди беременных с ПН II и III групп наблюдалось в 21% и 20,3% соответственно и проявлялось ЗРП II и III степени. Нарушение газообменной функции плаценты наблюдалось в 31,6% и в 38,4% наблюдений соответственно, при оценке по шкале Апгар у новорожденных диагностировалась асфиксия преимущественно средней и легкой степени тяжести. Сочетанное нарушение функций плаценты отмечено в 16,8% и в 25,9% соответственно.

Анализ осложнений беременности показал достоверное снижение частоты раннего токсикоза, умеренной и тяжелой преэклампсии, ПН, ЗРП, ХГП, преждевременных родов и нарушения адаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде в основной клинической группе, что подтверждает благоприятное влияние периодической курсовой терапии АГТТ на ФПК и организм беременной в целом.

Полученные лабораторные данные во II и III группах свидетельствуют о выраженном дисбалансе показателей, характеризующих индуцированную трофобластом готовность лимфоцитов к запрограммированной клеточной гибели, ангиогенез плодовой и децидуализацию материнской частей плаценты. В то время как в основной группе данные показатели достоверно не отличаются от физиологического течения беременности, что, с учетом клинических данных, подтверждает позитивные лечебные (фетопротекторные) эффекты АГТТ.

Обследование новорожденных на предмет внутриутробного инфицирования ВПГ показало, что в I группе инфицирование имело место в 1 наблюдении (1,08%), во II группе – в 10 наблюдениях (7,9%), в III группе – в 45 наблюдениях (24,3%). Реализация ГИ имела место во II группе в 4 (3,2%) наблюдениях, в III группе в 16 (8,6%) наблюдениях, в I группе ни в одном из

наблюдений. Высокая частота инфицирования плода во II и III группах связана с частыми рецидивами ГИ во время беременности и повреждающим действием вируса на плаценту, что способствует снижению её защитных свойств, а следовательно, внутриутробному инфицированию плода и, в ряде случаев, внутриутробной реализации ГИ. Иммуномодулирующие и противовоспалительные действия АГТП снижают частоту рецидивов ГИ, а её дренажные и детоксикационные свойства способствуют эрадикации вируса из организма [2, 3].

Фетопротективное действие АГТП подтверждают данные, полученные при сопоставлении способа родоразрешения и частоты инфицирования плода ВПГ. Так, в I группе родоразрешение через естественные родовые пути составило 87%, путем операции кесарево сечение – 13%; во II и III группах – 24,6% и 22,2%, 75,4% и 77,8% соответственно. Исходя из полученных данных, можно констатировать, что высокая частота оперативного родоразрешения не исключает инфицирования плода у беременных с рецидивирующим течением ГИ и, следовательно, важна целенаправленная антенатальная защита плода.

Применение методологических стандартов доказательной медицины показало высокую профилактическую эффективность апробированного метода (ЧБНЛ 4,3 (95% ДИ 3,1-5,2); ОШ 29,7 (95% ДИ 27,1-32,3)).

Таким образом, применение АГТП по разработанному методу у женщин с рецидивирующим течением ГИ на догестационном этапе и в период беременности способствует отсутствию рецидивов ГИ во время беременности у 95,7% женщин, оказывает фетопротективное действие путем снижения риска внутриутробного инфицирования и реализации ГИ в 22,5 раза, частоты развития ПН в 7,4 раза, её тяжелых форм в 24,5 раза. Отмеченные клинические эффекты АГТП объясняются иммуномодулирующим, противовирусным и противовоспалительным действием на догестационном этапе и в динамике гестации, что, безусловно, приводит к более благоприятному течению беременности и снижению развития патологии у новорожденных.

Литература:

1. Санталова Г.В., Валеева Г.Р., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Анализ соматической патологии детей, рожденных от герпес-инфицированных матерей // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. - №4. – С. 210-215.
2. Овчинникова М.А., Санталова Г.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Состояние здоровья детей от герпесинфицированных матерей, получавших противорецидивную терапию // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 351-356.
3. Рябова С.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты клинической апробации комплексной балльной шкалы оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 371-375.
4. Липатов И.С., Санталова Г.В., Тезиков Ю.В. и др. Применение антигомотоксической терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Том.8, №1. VNMT: [www/medtsu.tula.ru/Bulletin/E2014-1/00.html](http://www/medtsu.tula.ru/Bulletin/E2014-1/00.html). -п.л.9.

5. Тезиков Ю.В., Мельников В.А., Липатов И.С. Новые подходы к ведению беременных женщин с плацентарной недостаточностью // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2010.- №2. - С. 64-67.
6. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Агаркова И.А. Факторы риска декомпенсации плацентарной недостаточности // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т. 92, №3. - С.372-375.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Санталова Г.В. и др. Прикладные аспекты иммунологической толерантности в системе «мать-плод» // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №10 (64). - С. 121-128.
8. Потапова И.А., Пурьгин П.П., Липатов И.С. и др. Синтез и биологическая активность алифатических и ароматических сульфокислот // Химико-фармацевтический журнал. - 2001. - Т.35, №11. - С. 5.

## **САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА МЕДСЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СО СГКП №15**

***Панасенко В.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения. Развитие первичной медико-санитарной помощи позволит повысить доступность данного вида помощи для населения, а, следовательно, и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи. Важную роль в организации первичной медико-санитарной помощи занимают специалисты со средним медицинским образованием, которым в настоящее время предоставляется возможность самостоятельно решать ряд медико-социальных проблем при обслуживании пациентов в пределах своих компетенций. Пересматривается роль среднего медицинского звена в сторону увеличения его самостоятельности. В хирургическом отделении присутствуют специфические манипуляции, выполнение которых требует четкости, быстроты реакции, что требует соответствующей квалификации и уровня производственной адаптации среднего медперсонала. Функциональные обязанности хирургических медицинских сестер ГБУЗ СО СГКП №15 определяются не только кругом лечебно-диагностических процедур и участием в организации и проведении противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику инфекций и профессионального инфицирования медперсонала, а и осуществлению профилактической работы среди населения и организацию диспансерного наблюдения взрослого населения. Медицинская сестра следит за прохождением онкоосмотра, флюорографического исследования, плановых профилактических прививок, лабораторных и некоторых функциональных исследований у пациентов записанных на прием к хирургу и на плановые манипуляции текущего дня, и также пациентов записанных на прием к самой же медицинской сестре на плановую перевязку. Это достигается в результате проверки списка записи пациентов на прием в электронной базе данных перед началом работы врача хирурга.

Медицинская сестра играет огромную роль в организации и проведении диспансеризации. Это - ведение документации, своевременное приглашение пациентов, контроль за выполнением ими рекомендаций врача, индивидуальная кропотливая работа по разъяснению назначений, технике их исполнения, диетотерапии и многое другое, на что у врача нет времени.

После того как больной взят на диспансерный учет, медицинская сестра приступает к составлению индивидуального плана диспансерного наблюдения для каждого диспансеризуемого. Это весьма важный и ответственный момент диспансерной работы, так как здесь необходимо учитывать характер заболевания и его проявления.

В индивидуальный план ДН включаются следующие мероприятия: проведение необходимых исследований (рентгенологических, лабораторных, функциональных и т. д.) с указанием конкретных сроков. Помимо тех исследований, которые проводятся в отношении каждого больного (флюорография, общий анализ крови и т. д.), следует предусмотреть проведение исследований, обязательных в отношении больного определенной нозологической формой заболевания, установление периодичности наблюдения за данным больным. Составленный таким образом план является программой действий как для врача и медицинской сестры, так и для самого диспансерного больного. И очень важно, чтобы каждый из них принимал активное участие в реализации этого плана.

В работе с пациентами медсестра ставит следующую задачу: пробуждение интереса к знаниям о своем состоянии здоровья, возможности его улучшения и формирования желания или потребности изменить образ жизни с целью улучшения самочувствия. Развитие этого направления в работе медсестры принесет ощутимый экономический эффект и, самое главное, — повысит качество жизни обученных пациентов. Это и должно стать доминирующей мотивацией в работе медсестер по пропаганде школ для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

Активный патронаж больных на дому является важной частью самостоятельной работы медицинской сестры хирургического отделения ГБУЗ СО СГКП №15. В задачу медицинской сестры при патронаже входит наблюдение за динамикой состояния больного, соблюдением им диеты и режима, правильностью приема лекарственных препаратов. Кроме стандартных мероприятий (выполнение процедур, измерение физиологических показателей, осмотра) уровень профессиональной подготовки медицинской сестры позволяет поручить ей выполнение на дому таких видов деятельности как взятие биологических материалов для исследования, проведение хирургических перевязок. Важным компонентом сестринского патронажа является обучение пациента самоконтролю за своим состоянием и оказанию самопомощи при его ухудшении. Членов семьи больного медицинская сестра обучает приемам и правилам ухода, выполнению несложных медицинских манипуляций и оказанию доврачебной помощи при ухудшении состояния. Таким образом, медицинская сестра должна не только хорошо владеть манипуляционной техникой, но и помогать пациенту адаптироваться к новым условиям жизни.

В России в течение длительного времени деятельность сестринского персонала рассматривалась в качестве второстепенной, не имеющей самостоятельного значения. Основным критерием её оценки являлось правильное выполнение манипуляций, врачебных назначений. На сегодняшний день признается тот существенный вклад, который вносит данная профессиональная группа в реализацию мероприятий направленных на охрану здоровья населения, и более полно осознается необходимость совершенствования сестринского дела. От работы медицинского персонала в немалой степени зависит результат деятельности всей системы здравоохранения, качество и количество предоставляемых медицинских услуг, объемы финансовых и материально-технических источников.

На профессиональный рост и развитие личности медицинской сестры влияет научно-исследовательская деятельность. Участие в конференциях и исследовательских программах, разработках алгоритмов работы сотрудников своего медицинского учреждения, параллельно производственному процессу, способствует пробуждению творческой инициативы и активности медицинской сестры, формирует внутренние мотивы саморазвития и самосовершенствования и является методом проверки знаний медицинских сестер в практических делах.

Качественное осуществление сестринского ухода облегчает врачебную задачу, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и сокращает его сроки. Врачебная деятельность и сестринское дело являются самостоятельными, но дополняющими друг друга профессиями. Основными задачами врачей являются профилактика, диагностика и лечение заболевания. Врачи и медицинские сестры имеют общие цели и стратегические задачи и реализуют их, применяя специальные методы и технологии, которыми они владеют в силу полученного ими образования.

Таким образом, можно утверждать, что организация самостоятельной деятельности медицинской сестры на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи, способствует повышению доступности и качества медицинской помощи населению, реализации творческого потенциала медицинской сестры и росту значимости специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения.

## **РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

*Паранина О.В., Сидорова С.Д.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Сердечно-сосудистые заболевания являются важной медико-социальной проблемой здравоохранения большинства стран мира. Ежегодно они уносят 17,3 миллиона человеческих жизней.

Вклад сердечно-сосудистых болезней и их осложнений в общую смертность в Российской Федерации в 2014 году составил 57%. В Самарской области показатель смертности от болезней системы кровообращения за этот период исчисляется 723,7 на 100 тысяч населения.

Эксперты Всемирной Организации здравоохранения прогнозируют дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, обусловленный старением населения и особенностями образа жизни. Стратегия первичной профилактики и формирование здорового образа жизни становятся приоритетными направлениями в борьбе с сердечно-сосудистыми болезнями и реализуются на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Медицинский скрининг, осуществляемый сотрудниками Семейного центра здоровья по формированию здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака ГБУЗ СО СГКП №15, позволяет выявлять факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а последующая их коррекция и формирование здорового образа жизни способствуют предотвращению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В 2014 году медицинскими сестрами педиатрической бригады Центра здоровья было обследовано 5349 детей и подростков в возрасте до 18 лет.

Специалистами сестринского дела проведены медицинские исследования, предусмотренные программой скрининга:

**1. *Определение параметров физического развития, уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма.*** Всего выполнено 5305 исследований и выявлено врачами-педиатрами 1156 человек с факторами риска, что составило 21,7% от числа обследованных пациентов. Среди основных рисков сердечно-сосудистой патологии преобладают: избыток массы тела, ожирение, гиподинамия.

**2. *Исследование функционального состояния сердца.*** Было проведено 5203 исследования и выявлено 2002 человека с факторами риска, что составило 38,4% от количества осмотренных. Ведущими рисками сердечно-сосудистых заболеваний являются: гипоксия миокарда, стресс-реакция.

**3. *Спирометрия.*** Выполнено 5216 исследований и выявлено 86 человек со сниженными показателями вентиляционной функции внешнего дыхания, что составило 1,6%.

**4. Исследование газового состава выдыхаемого воздуха.** Из 1245 обследованных выявлено 328 человек с активным и пассивным курением, что составило 23% от количества обследованных подростков.

**5. Пульсоксиметрия.** Всего проведено 1568 исследований и выявлено 94 пациента со сниженной сатурацией, что составило 5,9% соответственно.

**6. Биоимпедансметрия.** Выполнено 56 исследований и выявлено 32 человека или 57Д% от числа обследованных с повышенными показателями индекса *массы тела, жировой массы, соотношения талия/бедро.*

**7. Оценка уровня общего холестерина и глюкозы в крови.**

Из 5311 обследованных выявлено 179 человек с повышенным содержанием общего холестерина и глюкозы в крови, что составило 3,3%.

**8. Определение маркеров токсических веществ в моче для выявления котинина и наркотиков.** Выполнено 354 исследования. У 81 подростка выявлен котинин в моче, что составило 22,8% и соответствует активному табакокурению.

Анализ проведенного диагностического скрининга и программно-компьютерного опроса показал, что количество пациентов с факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии составило 4031 человек или 75,3% от общего количества протестированных в 2014 году. Из них приоритетная группа детей и подростков с повышенным риском кардиоваскулярных болезней, имеющих неблагоприятный анамнез и сочетанные риски, составила 201 человек, что соответствует 3,7% от количества обследованных.

Пациенты группы повышенного риска распределились следующим образом. По факторам риска, выявленных на разных приборах:

- с отклонениями в показателях функционального состояния сердца - 99 человек или 49,2% от группы повышенного риска;
- с отклонениями в показателях физического развития - 91 человек или 45,2%;
- с активным курением - 37 человек или 18,4%;
- с отклонениями в показателях крови - 11 человек или 5,4%.

По количеству рисков, выявленных на разных приборах:

- с одним фактором риском - 114 человек или 56,7% от количества пациентов с повышенным риском;
- с двумя факторами рисками - 61 человек или 30,3%;
- с тремя факторами рисками - 25 человек или 12,4%;
- с четырьмя факторами риска — 1 человек или 0,4%.

По отклонениям, выявленным на кардиовизоре:

- по интегральному индексу «Миокард» выше 15% - 61 человек;

- по интегральному индексу «Ритм» выше 30% - 59 человек;
- по интегральному индексу «Пульс» выше 100 уд/мин - 19 человек.

По количеству отклонений, выявленных на кардиовизоре:

- по одному интегральному индексу - 55 человек;
- по двум интегральным индексам - 37 человек;
- по трем интегральным индексам - 7 человек.

Всем пациентам с выявленными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний были проведены комплексные профилактические мероприятия по коррекции управляемых рисков для решения существующих и потенциальных проблем со здоровьем:

1. Врачами-педиатрами сформированы и выданы на руки "Медицинские карты здорового образа жизни" с индивидуальными планами и рекомендациями.

2. Медсестрами составлены акты приема-передачи, переданные в ЛПУ по месту прикрепления для дообследования и реабилитации.

3. Группа с высоким риском взята врачами-педиатрами на динамическое наблюдение с мониторингом необходимых исследований через 3 и 6 месяцев.

Пациентам, прикрепленным к ГБУЗ СО СГКП №15, реабилитационные мероприятия проведены в соответствии с утвержденными алгоритмами и включали: консультации узких специалистов, дополнительные исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру, массаж, профилактическое консультирование и обучение в школах здоровья: «Здоровый образ жизни», «Профилактика артериальной гипертензии», "Профилактика заболеваний костно-мышечной системы". Подросткам с активным курением оказана помощь в кабинете по отказу от курения.

Возврат актов с перечнем проведенных реабилитационных мероприятий с педиатрических участков ГБУЗ СО СГКП №15 составил 100%.

После медицинской реабилитации осуществлены контрольные обследования с оценкой состояния здоровья в динамике.

После проведения профилактических вмешательств в целевой группе пациентов достигнута положительная динамика по снижению уровней модифицируемых факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Группа детей и подростков с рисками по состоянию физического развития снизилась на 56%; с функциональной нестабильностью миокарда - на 60,6%; с активным курением - на 18,9%; с рисками по показателям крови - на 81,8%.

Число пациентов с отклонениями, выявленными на кардиовизоре, уменьшилось по интегральному индексу «Миокард» - на 40,4%; по

интегральному индексу «Ритм» - на 28,2%; по интегральному индексу «Пульс» - на 13,1%.

По результатам активной профилактической работы из второй группы здоровья переведены в первую группу 65 человек, что соответствует 32,3%) от группы пациентов, состоящих на динамическом наблюдении в 2014 году.

Детям и подросткам со стабильно повышенными показателями холестерина в крови и подлежащим дальнейшему динамическому наблюдению, в 2015 году было проведено генетическое исследование семейного холестерина спектра.

И, подводя итоги нашей работы, делаем вывод, что работа коллектива педиатрической бригады Семейного центра здоровья ГБУЗ СО СГКП №15 по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков является актуальной и эффективной. Специалисты сестринского дела в содружестве с врачами-педиатрами проводят медицинский скрининг детского населения, своевременную факторную профилактику, контроль и поддержание достигнутых целевых уровней показателей здоровья, воспитывают приверженность здоровому образу жизни и повышают медицинскую грамотность населения. Эти мероприятия способствует снижению вероятности развития патологии у подрастающего поколения, повышению качества жизни и являются достоверно превентивными здоровье сберегающими технологиями в борьбе с болезнями сердечно-сосудистой системы.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ЗУБОВ**

*Пащенко Т.Н.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Подготовительные мероприятия в полости рта являются обязательными для любого пациента, готовящегося к зубному протезированию. Оздоровительные мероприятия полости рта включают: лечение кариеса и его осложнений, некариозных поражений зубов, снятие зубных отложений, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, удаление зубов и корней зубов, не подлежащих лечению.

Протезирование пациента с несанированной полостью рта считается серьезной врачебной ошибкой. Во-первых, случайные ранения слизистой оболочки при ортопедических манипуляциях могут привести к серьезным осложнениям, а само протезирование может оказаться неполноценным, потому что в дальнейшем возникает необходимость дополнительного удаления зубов и изменения плана ортопедического лечения. И наконец, повышается риск инфицирования врача-стоматолога.

Многие заболевания слизистой оболочки полости рта наших пациентов (лейкоплакия, красный плоский лишай и др.) являются хроническими, а больные нуждаются в длительном диспансерном наблюдении и лечении. Отсрочка протезирования этих больных вряд ли целесообразна. Необходимо лишь выбрать конструкцию протеза, при которой раздражение слизистой оболочки полости рта было бы сведено к минимуму. Следует отметить, что некоторые заболевания слизистой оболочки полости рта излечиваются только после соответствующего ортопедического лечения. К ним относятся язвенные поражения десны при глубоком травмирующем прикусе, языка и щеки при протяженных дефектах зубных рядов.

Оздоровительные мероприятия перед ортопедическим лечением включают обязательное удаление корней зубов, за исключением тех, которые могут быть использованы для протезирования. При протезировании корни могут быть использованы для укрепления искусственных цельнолитых культей со штифтом и как опоры для съемных конструкций протезов. Корни при этом должны отвечать следующим требованиям: быть достаточно длинными, устойчивыми, выстоящими над десной и иметь здоровый пародонт. Каналы корней должны быть запломбированы до верхушечного отверстия. Наиболее удобны с этой точки зрения корни передних верхних центральных резцов, клыков, премоляров, реже моляров. Корни нижних резцов чаще всего короткие и имеют узкие каналы, вследствие чего их сложно использовать в качестве опоры. Зубы с патологической подвижностью II и III степени и наличием околоверхушечных хронических очагов воспаления, даже если каналы корней хорошо obturированы пломбировочным материалом, подлежат удалению.

При решении вопроса об экстракции того или иного зуба с пораженным пародонтом следует учитывать его функциональную ценность и роль, которую ему отводят в плане ортопедического лечения. Среди клинических признаков, определяющих функциональную ценность зуба, ведущими являются патологическая подвижность и соотношение высоты клинической коронки и длины корня. Патологическая подвижность зуба зависит от степени атрофии лунки, ширины периодонтальной щели, глубины патологического зубодесневого кармана. Однако между степенью выраженности этих признаков не всегда наблюдается соответствие. Практический опыт свидетельствует, что при атрофии лунки зуба на  $2/3$  длины его корня, он может иметь патологическую подвижность I степени, и наоборот, при атрофии лунки в пришеечной трети корня его патологическая подвижность может достигать II или III степени.

Специальная терапевтическая подготовка пациента к протезированию в нашей поликлинике, заключается, как правило, в депульпировании зубов по протетическим показаниям и повторном пломбировании корневых каналов зубов, ранее неудовлетворительно леченных по поводу осложненного кариеса. Экстирпация пульпы показана при необходимости удаления массивного слоя твердых тканей для подготовки зуба под коронку (пластмассовую, металлокерамическую, металлопластмассовую), безметалловую керамику, если рентгенологически определяется широкая полость зуба. В этом случае после

радикального препарирования твердых тканей зуба возникает гиперемия пульпы, часто переходящая в острый травматический пульпит. Оставшийся тонкий слой дентина не способен защитить пульпу. Возможно также вскрытие полости зуба во время манипуляций. В частности, широкая полость зуба характерна для пациентов молодого возраста.

Довольно часто врачи-ортопеды направляют пациентов при значительном наклоне опорного зуба, когда необходимо создать параллельность опорных зубов мостовидного или бюгельного протеза, а также для значительного укорочения коронки вертикально переместившегося зуба, деформирующего окклюзионную поверхность.

Вскрытие полости зуба проводится под местной анестезией (проводниковой или инфильтрационной). Дальнейшее лечение заключается либо в экстирпации пульпы зуба с последующим пломбированием корневых каналов. Повторное пломбирование корневых каналов показано при обнаружении на прицельной рентгенограмме частичного заполнения корневого канала пломбировочным материалом, прерывистости пломбирования, обломков эндодонтических инструментов, препятствующих полноценной obturации корневого канала. Необходимо отметить, что неудовлетворительное пломбирование корневого канала может сопровождаться патологическими изменениями в области верхушки корня.

Опыт показывает, что даже при полноценной obturации корневого канала, удовлетворительном состоянии периапикальных тканей, но длительном (**более месяца**) отсутствии пломбы, ситуация требует повторного эндодонтического лечения, поскольку микроорганизмы беспрепятственно проникают в пространства между корневым пломбировочным материалом и стенкой канала депульпированного зуба.

Повторное пломбирование корневых каналов зубов — длительный и кропотливый процесс, требующий использования дополнительных инструментов и материалов, вибрационных инструментов, растворов, размягчающих корневой пломбировочный материал, а также рентгенологического компьютерного контроля.

Необходимо отметить некоторые особенности эндодонтической подготовки зуба перед получением искусственной культи со штифтом (штифтами). Подготовка корневого канала ранее депульпированного зуба заключается в удалении пломбировочного материала из  $2/3$  канала и расширении канала с помощью бора или специальных инструментов.

В повседневной практике довольно часто встречаются клинические ситуации, когда, к сожалению, консервативное лечение уже невозможно и требуется эндодонтическое лечение системы корневых каналов.

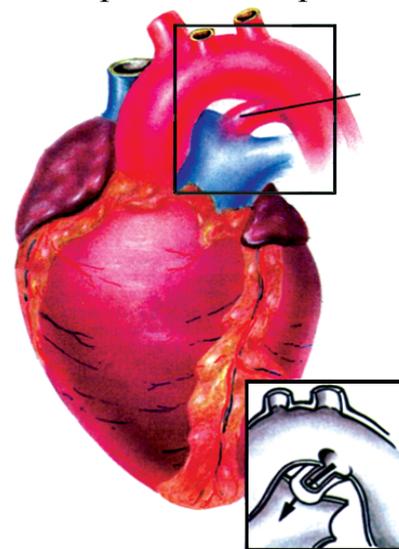
Таким образом, роль и особенности терапевтической стоматологической подготовки к протезированию весьма значимы для последующего успешного восстановления жевательной эффективности и эстетического вида пациента.

## СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРИ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Перепелкина Н.Б., Лейбград И.Н., Жидков Д.А., Каткова Т.В.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Артериальный проток является неотъемлемой частью системы фетального кровообращения. Он соединяет аорту с легочной артерией, что обеспечивает развивающиеся легкие плода оксигенированной кровью. У доношенных новорожденных спонтанное функциональное закрытие артериального протока происходит в первые 10-15 часов после рождения, анатомическое - в течение 2-3 недель, после чего он фиброзируется и превращается в артериальную связку. Если по истечении 3 недель проток продолжает функционировать, то шансы на его закрытие снижаются. Типичная локализация протока - с левой стороны аорты. Начинается от места соединения перешейка аорты с нисходящей аортой, впадает в устье левой ЛА. Возможны другие варианты расположения открытого артериального протока (ОАП). Незакрытие протока часто ассоциировано с другими врожденными аномалиями; это состояние обязательно должно быть диагностировано и устранено в младенческом или раннем детском возрасте.



Гемодинамическими особенностями ОАП является локализация лево-правого шунта крови на уровне аорты и легочной артерии, и систолодиастолический характер потока. Направление и объем сброса при ОАП определяются различной величиной давления в аорте и легочной артерии, а также морфологией протока (диаметр, длина, извитость).

Большой проблемой ОАП может стать для новорожденных со сроком гестации менее 30-32 нед. и весом менее 2000г. У таких новорожденных с улучшением оксигенации крови проток не спазмируется, что связано с недоразвитием мышечного слоя протока и его низкой чувствительностью к кислороду, а также высокой концентрацией простагландина E<sub>2</sub> в крови недоношенных новорожденных. Гиперволемиа малого круга кровообращения осложняется повышением жесткости легочной ткани и вынуждает к длительной оксигенотерапии, что является риском развития бронхолегочной дисплазии.

Клинические проявления зависят от объема сброса и степени перегрузки малого круга кровообращения и левого желудочка: дети с малым размером ОАП асимптомны; при средних и больших ОАП имеются признаки недостаточности кровообращения, обусловленные гиперволемией малого круга кровообращения и объемной перегрузкой левого желудочка (задержка физического развития, одышка, тахикардия, бронхолегочные заболевания, очаговые ателектазы), большие значения пульсового давления (диастолическое АД снижается до нуля); при высокой легочной гипертензии - цианоз слизистых

и кожных покровов на нижней половине тела. При физикальном обследовании могут наблюдаться систоло-диастолическое дрожание и интенсивный систоло-диастолический шум в левой подключичной области, диастолический шум относительного митрального стеноза на верхушке, акцент 2 тона на легочной артерии. На ЭКГ при средних и больших размерах ОАП — признаки увеличения левого предсердия и левого желудочка, увеличения правого желудочка.

В 2015 г. при скрининговых ультразвуковых исследованиях сердца в отделении функциональной диагностики было выявлено 18 различных пороков. Доля ОАП в общем количестве пороков составила 33% (5 случаев в возрасте 1 месяц, 1 случай в возрасте 7 лет). ОАП обнаруживался с помощью двухмерной ЭхоКГ с цветовым доплеровским картированием. В большинстве случаев визуализация не представляла трудностей и проток лоцировался в виде дополнительного сосуда, соединяющего нисходящую аорту и бифуркацию легочной артерии. У всех пациентов сбросовый поток был направлен из аорты в легочную артерию, диаметр ОАП не превышал 1,5 мм, и изменения камер сердца отсутствовали. В качестве критериев значимости порока использовались отношение диаметра левого предсердия и аорты (значения менее 1,4 свидетельствовали о гемодинамической компенсации), диастолический компонент скорости кровотока в легочной артерии - в наших наблюдениях отсутствовал (при значимом ОАП он превышает 20 см/сек), резистивный индекс в мозговых артериях, верхней брыжеечной артерии, почечных артериях (во всех случаях он был меньше 0,8, что также подтверждало отсутствие гемодинамических нарушений). Таким образом, в 2015 г. значимых по гемодинамике боталловых протоков выявлено не было, в отличие от прооперированного в 2013 г. ребенка, у которого диагностирован гемодинамически значимый ОАП с увеличением объема левых отделов сердца и расширением легочной артерии. Следует помнить, что при высокой легочной гипертензии патологический сброс может быть не виден или определяется поток в нисходящую аорту, могут наблюдаться митральная регургитация и небольшое снижение фракции выброса левого желудочка..

Несмотря на кажущуюся простоту, в отдельных случаях встречались сложности диагностики данного состояния. Во-первых, немаловажным фактором являются аппаратные возможности - необходимо использование сканеров высокого класса (в случае исходно низкого качества ЦДК, отсутствия настройки в этом режиме высока вероятность ложноотрицательных результатов), поэтому при необходимости проводился осмотр ребенка на двух сканерах, во-вторых, трудности были связаны и с беспокойным поведением детей первого года жизни. Определенная доля субъективизма при обследовании обуславливала в отдельных случаях необходимость присутствия при обследовании двух специалистов.

Наличие ОАП, подтвержденное по данным ЭхоКГ исследования, является показанием к его закрытию с использованием эндоваскулярных методик или хирургически. В случае гемодинамически значимого ОАП вмешательство выполняется в любом возрасте. Ранее считалось, что

хирургическое закрытие протока осуществляется в течение нескольких дней после постановки диагноза, а у новорожденных оперативное лечение можно отложить до 3 месяцев. В настоящее время при бессимптомном течении преобладает выжидательная тактика с динамическим наблюдением, так как сроки закрытия протока могут быть длительными (в нашей практике имел место случай заращения ОАП после 9 лет). Всем детям с выявленными ОАП проведены повторные исследования на базе областного кардиологического диспансера, где подтверждено наличие порока. При динамическом наблюдении этой группы у всех пациентов имело место уменьшение диаметра сообщения между аортой и легочной артерией, у одного ребенка первого года жизни – закрытие ОАП.

Проведенный анализ выявляемости ОАП при ультразвуковом скрининге имел цель заострить внимание специалистов на ультразвуковых критериях и особенностях диагностики данной патологии у детей. Уровень подготовки специалистов в целом для углубленного обследования, а в некоторых случаях для скрининговой диагностики врожденных пороков сердца остается недостаточно высоким, а значительная доля ОАП среди всех врожденных пороков сердца свидетельствует о важности совершенствования собственных знаний и мастерства. Качество диагностики данного состояния на ранних стадиях, своевременное динамическое, в том числе эхокардиографическое, наблюдение за детьми всех возрастных групп – факторы, определяющие тактику лечения пациентов с ОАП.

## **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**(данные ГБУЗ СО СГКП №15, 2015 г.)**

***Поляева Л.В., Козак В.Н.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Согласно ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами с целью своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и медицинскую реабилитацию.

Вся система диспансеризации и диспансерного наблюдения заболеваний нацелена, прежде всего, на их профилактику, раннее выявление и квалифицированное лечение.

Диспансерную группу болезней системы кровообращения врача-терапевта (врача общей практики) составляют больные:

- хронической ишемической болезнью сердца без жизненно угрожающих нарушений ритма,
- перенесшие инфаркт миокарда более 12 месяцев назад,

- стабильной стенокардией I-IV ф. кл.,
- с контролируемой артериальной гипертензией I-III ст.,
- легочной гипертензией I-II ст.

Кроме того, подлежат диспансеризации больные, перенесшие реваскуляризацию миокарда (ЧКВ или АКШ) без осложнений через 6 месяцев после оперативного вмешательства и через 12 месяцев, если в процессе оперативного лечения или после него имели место осложнения. Через указанные выше сроки они передаются под наблюдение от врача-кардиолога – врачам-терапевтам.

Больные с хронической сердечной недостаточностью I-III ст., сопровождающейся фибрилляцией предсердий, желудочковой экстрасистолией, при эффективном лечении также передаются под диспансерное наблюдение участковым врачам. Таким больным диспансерный осмотр проводится 2-4 раза в год в зависимости от степени выраженности нарушения функции органов.

Больные состоят под диспансерным наблюдением в течение всей своей жизни. По показаниям им назначается консультация кардиолога. Лечение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы назначается в соответствии с порядками, стандартами, клиническими рекомендациями.

В амбулаторных условиях первичная специализированная кардиологическая помощь оказывается врачом-кардиологом на приеме по направлению врачей-терапевтов.

Работа врача-кардиолога предусматривает:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- наблюдение за больными, имеющих повышенный риск развития осложнений течения сердечно-сосудистых заболеваний с целью их выявления;
- диспансерное наблюдение, лечение и организация реабилитации больных:
  - после перенесенного инфаркта миокарда в течение 12 месяцев;
  - с артериальной гипертензией 2-3ст. рефрактерной к лечению;
  - после оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в течение 12 месяцев;
  - после лечения в стационаре по поводу угрожающих жизни нарушений ритма или проводимости, в том числе после имплантации ЭКС и ИКД.

У врача-кардиолога также стоят на учете больные, имеющие пороки сердца и крупных сосудов, больные после перенесенного инфекционного эндокардита, ТЭЛА наблюдаются в течение 12 месяцев. Диспансерную группу кардиолога составляют также пациенты с хронической сердечной недостаточностью IV ф.кл.; стабильной стенокардией напряжения III-IV (трудоспособный возраст); с первичной легочной гипертензией.

- отбор и подготовка больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи;

- обследование и направление больных на консультацию кардиохирурга для решения вопроса о проведении коронарографии, операции реваскуляризации миокарда;
- информационно-консультативная работа по современным вопросам профилактики, диагностики и лечения ССЗ;
- участие в проведении обучающих школ для пациентов с заболеваниями ССС.

При анализе диспансеризации больных с болезнями системы кровообращения в 2015 г. в сравнении с 2014 г. в ГБУЗ СО СГКП №15 отмечается увеличение охвата диспансерным наблюдением больных всех сердечно-сосудистых заболеваний, в т. ч. больных трудоспособного возраста.

Число больных перенесших инфаркт миокарда значительно уменьшилось, однако, отмечается рост числа больных, перенесших повторный инфаркт миокарда (из 109 перенесших инфаркт миокарда, у 32-повторный инфаркт миокарда). Этот факт говорит о недостаточном охвате диспансерным наблюдением больных, перенесших в прошлом инфаркт миокарда, старением населения и их коморбидностью, не соблюдением врачами стандартов лечения ИБС. Определенную роль играет и низкий комплаенс между пациентом и врачом вследствие низкой «медицинской образованности» больных, пренебрежением ими рекомендаций врачей на этапах «стационар-санаторий-поликлиника».

По данным ГБУЗ СО СГКП №15 г.о. Самара в 2015 году выросло количество прооперированных больных за счет увеличения квот по выполнению ВМП в регионе и более активной подготовке к оперативному лечению больных специалистами поликлиники. В таблице 1 приводятся данные о диспансеризации кардиологических больных с различными нозологическими формами

Таблица 1

**Диспансеризация кардиологических больных в ЛПУ (в 2014/2015 году)**

Нозология	Всего зарегистрировано	С впервые поставленным диагнозом	Трудоспособного возраста
БСК*	18625/20245	3020/3105	7774/8771
АГ	9557/11472	785/1256	4898/6688
ИБС	3449/3546	441/478	448/544
Стенокардия	2523/2581	277/280	310/468
ИМ	126/109	126/109	19/17
Фибрилляция предсердий	630/642	/7	50/55
После кардио-хирургических операций	616/656	107/120	287/214

\* БСК – болезни системы кровообращения

Уровень охвата диспансерным наблюдением (ДН) больных БСК (по модели конечных результатов за 2015 г.) составил 333,4 (норматив - 133,8). Полнота охвата ДН больных БСК в целом составила 54,5% (норматив - 31%).

Уровень охвата диспансерным наблюдением больных ИБС составил 58,4 (норматив 35,43), полнота охвата ДН больных ИБС составила 63,6% (норматив-60%). Уровень охвата ДН больных АГ составил 189 (норматив 50). Полнота охвата ДН больных АГ – 61,9% (норматив -60%).

Как видно из вышесказанного, все показатели диспансеризации превышают норматив по г.о. Самара. Это говорит об эффективной организации и проведения диспансеризации больных БСК в ГБУЗ СО СГКП №15 г.о. Самара.

В 2015 г. в сравнении с 2014 г., увеличилась диспансерная группа кардиолога: 525 человек - в 2015 году и 500 человек - в 2014 году, в основном, за счет больных ишемической болезнью сердца. Увеличилось число диспансерных больных после перенесенного инфаркта миокарда: 2015 г. – 38 человек, в 2014 г. – 22 пациента), за счет больных пенсионного возраста, перенесших операцию реваскуляризации миокарда в остром периоде инфаркта миокарда, больных стабильной стенокардией напряжения 2 ф. к., проходивших обследование для проведения коронарографии и последующей реваскуляризации миокарда, которые составили 32 человека в 2015 году и 15 человек в 2014 г.

Число оперированных больных после оказания ВМП составило в 2015 году 251, а в 2014 г.- 208 человек. Несколько уменьшилось число больных с нарушениями ритма (94 – 2015 г., и 112 - в 2014 г.) в связи со стабилизацией состояния после медикаментозного или оперативного лечения, они переданы под наблюдение врачам-терапевтам. Значительно уменьшилось количество больных стенокардией 3 ф.к. в связи с выполнением программы ВМП.

Таблица 2

### Диспансерная группа кардиолога

Нозология	2014 г.		2015 г.			
	Всего	Трудоспособные	Всего	Из них впервые выявленные	Трудоспособные	Из них впервые выявленные
БСК (Всего)	500	273	525	179	206	44
ИБС (Всего)	64	42	68	44	15	13
Инфаркт миокарда	22	10	38	38	11	11
Острый	20	10	35	35	10	10
Повторный	2	-	3	3	1	1
Стенокардия всего	42	22	34	22	8	2
• Впервые возникшая стенокардия	2	2	2	2	2	2
• Стенокардия стабильная 2 ф.к.	15	15	32	12	8	2
• Стенокардия 3 ф.к.	25	5	2	-	-	-
Гипертоническая	35	20	40	-	12	-

болезнь						
Аневризма сердца	3	1	4	1	1	1
ВПС	3/16	1/8	1/16	1/8	1/1	1/1
Послеопер-АКШ <i>стензирование</i>	76/83	32/58	81/90	31/50	48/66	8/16
Имплантация клапана сердца	30	24	34	4	20	-
Импантированный ЭКС	19	1	29	19	-	-
Нарушения ритма	112	32	94	2	14	2
Пароксизмальная тахикардии	11	10	19	1	17	1
WPW синдром	4	4	8	1	8	1
Экстрасистолия	10	10	5	4	1	-
Фибрилляция предсердий	30	22	37	3	2	-
Кардиомиопатии	2	-	3	1	-	-

#### Выводы:

1. В 2015 г. наблюдается рост охвата диспансерным наблюдением больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.
2. Значительно уменьшилось число больных, перенесших инфаркт миокарда.
3. Активно выполняется программа оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения с использованием современных и прогрессивных методик.
4. Итогом целенаправленной работы кардиолога является увеличение группы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями органов кровообращения.

#### Последующими задачами работы врача-кардиолога считаем:

1. Дальнейшее улучшение качества диспансерного наблюдения больных БКС.
2. Совместно с врачами-терапевтами, ВОП (по отделениям) создание регистра больных, перенесших инфаркт миокарда в прошлом с последующим планомерным направлением пациентов для коррекции ведения и лечения к кардиологу.
3. Соблюдение стандартов лечения ИБС (статины не отменять без особых на то оснований).
4. Активное проведение лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в старших возрастных группах с учетом коморбидных состояний.
5. Осуществление пропаганды вторичной профилактики болезней системы кровообращения (борьба с курением, лишним весом, гиподинамией, стрессами) в образовательных школах соответствующего направления.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ**

***Приходько А.В., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Краснова Н.А.,  
Тезикова Т.А., Данилова Н.Н., Родкина Ю.М.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»*

На современном этапе развития акушерства возможности диагностики и прогнозирования ранней гипогалактии затруднены вследствие перманентного изменения состава секрета молочных желез в период становления лактационной функции (молозиво, переходное молоко, зрелое молоко), схожести факторов риска гипогалактии с рядом других осложнений послеродового периода, стертости ранних проявлений патологического течения лактогенеза [1-5].

Поэтому необходимость проведения исследований, направленных на поиск высокоинформативных методов диагностики и прогнозирования ранних нарушений лактационной функции, сохраняется [6-8].

Целью настоящего исследования явилась оценка диагностической значимости различных методов диагностики ранней гипогалактии для выбора наиболее информативного и своевременной коррекции данной патологии.

Анализ информативности различных методов диагностики ранней гипогалактии проведен в ходе рандомизированного проспективного обследования 200 беременных. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин с физиологическим течением беременности, родов, с доношенным зрелым новорожденным. Исследование проводилось в период с 2013 по 2015 г.г. на базе ГБУЗ СОКБ им В.Д. Середавина, ГБУЗ СО СГКБ №2 им. Н.А. Семашко.

Сравнительную оценку диагностической значимости в отношении ранней гипогалактии проводили у следующих методов: метод оценки субъективных и объективных клинических признаков пониженной лактационной функции; метод термометрии; метод определения качественного состава секрета молочных желез; метод определения содержания пролактина в сыворотке крови; экспресс-метод с применением 15% мыльного раствора; метод определения морфологического типа мазка секрета молочных желез и кристаллографический метод.

Клинические проявления пониженной лактационной функции проанализированы как со стороны матери, так и со стороны новорожденного. К субъективным симптомам со стороны матери отнесены: отсутствие ощущения «прилива» молока во время кормления грудью, отсутствие «потепления» молочных желез; со стороны ребенка – отсутствие засыпания после кормления и промежутки между кормлениями меньше 1 часа. К объективным симптомам отнесли: со стороны матери – отсутствие напряжения молочных желез; со стороны ребенка – количество мочеиспусканий менее 6 раз в сутки и «голодный» стул (скудный, плотной консистенции, зеленоватого оттенка).

Исследована частота встречаемости дынных симптомов на 3-и сутки послеродового периода.

Термометрия проводилась у родильниц с факторами риска гипогалактии и у женщин контрольной группы в подмышечной области и в области нижнего квадранта левой молочной железы. Исследование проводили электронным термометром A&D DT-501, Япония. Так как данный тест является практически не информативным на 3-4-е сутки, термометрию проводили у родильниц на 7-е сутки послеродового периода.

При определении качественного состава секрета молочных желез исследовался уровень белка, молочного жира, лактозы. Забор биоматериала проводили на 1-2-е сутки послеродового периода. Результат сравнивали с контрольной группой.

Пролактин в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Забор крови осуществлялся из локтевой вены; кровь центрифугировали, отделяли сыворотку, полученный биоматериал хранили в холодильнике в отдельных закрытых пробирках. Для исследования использовался автоматический ИФА анализатор MAGO-4, Чехия.

В экспресс-методе с использованием мыльного раствора при смешивании 1 мл 15% раствора жидкого мыла с 1 мл свежесцеженного молозива оценивали высоту образования столбика пены. Высота столбика пены более 4-5 мм свидетельствует о повышенном пенообразовании вследствие недостаточного содержания в молозиве клеточных элементов (нейтрофилов, лимфоцитов, эпителиальных клеток), что говорит о неполноценной предлактационной подготовке молочных желез и позволяет прогнозировать раннюю гипогалактию.

Метод оценки морфологического типа мазка предполагает в динамике первых, вторых, третьих суток послеродового периода проводить оценку содержания в мазке секрета молочных желез клеточных элементов, агрегации лейкоцитов, количества и формы жировых шариков, по которым судят о морфотипе мазка – динамичный, переходный, инертный. При наличии инертного и переходного морфотипов мазков прогнозируют раннюю гипогалактию.

Кристаллографический метод проводился с забором секрета молочных желез в момент начала родовой деятельности, на 1-е и на 2-е сутки послеродового периода. После приготовления микропрепарата с помощью бинокулярного светового микроскопа Olympus CX-31 проводилась оценка рисунков кристаллизации. Изменение морфологии кристаллограмм в первые сутки послеродового периода свидетельствует о физиологическом становлении лактации. При отсутствии изменений морфологии кристаллограмм, выполненных как в первые сутки, так и во вторые сутки послеродового периода, по сравнению с морфологией кристаллограммы, выполненной до родоразрешения, прогнозируем раннюю гипогалактию.

Диагностическая ценность методов диагностики ранних нарушений лактационной функции рассчитывалась с помощью диагностических тестов клинической эпидемиологии: чувствительность, специфичность,

предсказательная ценность положительного и предсказательная ценность отрицательного результатов, диагностическая точность.

Сравнительный анализ количественных значений тестов клинической эпидемиологии позволил распределить методы диагностики ранней гипогалактии в порядке возрастания информативности. Наименьшую диагностическую значимость показали метод определения качественного состава молочных желез, метод оценки субъективных и объективных клинических признаков и метод термометрии; более информативными оказались метод определения содержания пролактина в сыворотке крови, метод с применением 15% мыльного раствора и метод определения морфологического типа мазка секрета молочных желез. Однако, наибольшую информативность показал кристаллографический метод, со значительным преимуществом по всем показателям.

Таким образом, при диагностике ранней гипогалактии методом кристаллографии показатели чувствительности, специфичности и диагностической точности метода значительно превышают аналогичные показатели по сравнению с другими методами диагностики (на 15-35%) и составили 87,9%, 88,3%, 88,0% соответственно, что свидетельствует о высокой информативности и достоверности этого способа диагностики.

Повышенная диагностическая точность данного метода связана с тем, что характер роста кристаллов зависит от структуры биологической жидкости, в данном случае - молозива. Патологические явления нарушают саморегуляцию обмена веществ, одновременно с нарушением функций происходит структурная перестройка в биологических средах организма, что отражается на кристаллографической картине.

Таким образом, среди обследованных беременных и родильниц с факторами риска развития ранней гипогалактии в 70% наблюдений выявлены ранние нарушения лактационной функции; кристаллографический метод диагностики ранней гипогалактии информативен, доступен, безопасен для здоровья матери и ребенка, что отвечает требованиям к скрининговым тестам, предназначенным для массовых обследований; использование для прогнозирования ранней гипогалактии метода кристаллографии, наряду с выявлением факторов риска, значительно расширяет прогностические возможности метода, позволяет своевременно фиксировать отклонения от физиологического становления лактационной функции и проводить превентивное лечение.

Литература:

1. Овчинникова М.А., Санталова Г.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Состояние здоровья детей от герпесинфицированных матерей, получавших противорецидивную терапию // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. –
2. Кравченко Ю.Л., Липатов И.С., Данилова Н.Н. и др. Аспекты профилактики социальных и экологических факторов риска перинатальной смертности в условиях городской клинической больницы крупного промышленного города // Человек и Вселенная. - 2006. - Т.56, №3. - С. 119-132.
3. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Есартя М.А. Прогнозирование и коррекция нарушений лактационной функции с использованием видимого инфракрасного поляризованного

- света на этапе лактогенеза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Т.8, №2. - С. 30-36.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Предикторные индексы тяжелых форм хронической плацентарной недостаточности // Медицинский альманах. - 2011. - №6. - С. 60-63.
  5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Санталова Г.В. и др. Прикладные аспекты иммунологической толерантности в системе «мать-плод» // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №10 (64). - С. 121-128.
  6. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Есартя М.А. и др. Становление лактации у женщин с плацентарной недостаточностью и новые подходы к лечению гипогалактии // Уральский медицинский журнал. - 2010. - №3 (68). - С. 42-48.
  7. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Рябова С.А. и др. Оценка церебральной гемодинамики плода при плацентарной недостаточности с учетом его суточного биоритмостаза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - Т.15, №4. - С. 42-48.
  8. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Плацентарная недостаточность. Монография. Самара: ООО «Офорт», 2014. - 239 с.

## **СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ НАРУШЕНИЙ**

***Приходько А.В., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Дорожкин В.К.,  
Тезикова Т.А., Михеева Е.М.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»*

Актуальность проводимого исследования обусловлена высокой частотой гипогалактии и лактостаза (30-80%), низкой эффективностью используемых в настоящее время медикаментозных и физиотерапевтических методов их профилактики и лечения, достаточно высокой заболеваемостью детей первого года жизни [1-5].

Целью работы явилась оптимизация тактики ведения родильниц с осложненным течением беременности путем разработки новых способов прогнозирования, профилактики и лечения гипогалактии.

Обследованы 165 родильниц и их новорожденные. Клинические группы сравнения составили: I группа - 48 родильниц, беременность которых была осложнена преждевременными родами в сочетании с плацентарной недостаточностью; II группа – 40 родильниц, которым с целью профилактики и лечения гипогалактии использован метод светотерапии видимым инфракрасным поляризованным светом (ВИП-свет лампы Биоптрон) с воздействием на молочные железы со 2-х суток послеродового периода. Контрольную группу составили 30 здоровых родильниц с физиологическим течением беременности, родов, послеродового периода. Предварительно у 47 родильниц с преждевременными родами оценена возможность прогнозирования и ранней диагностики гипогалактии по морфологическому

составу секрета молочных желез в течение первых трех суток послеродового периода.

В нашем исследовании использовался аппарат Биоптрон Компакт (фирма «Цептер Интернациональ», Швейцария), прошедший сертификацию в странах ЕС (93/42/ЕЕС) и РФ (рег. удост. МЗ РФ №2003/1452 от 11 ноября 2003 г.).

При гипогалактии использовалась следующая методика: свет лампы Биоптрон Компакт направляется под прямым углом на расстоянии 3-4 см на участок ареолы выше соска левой, затем правой молочных желез; экспозиция – 8 минут на одну точку; временной интервал между процедурами в течение дня – 3-4 часа; непосредственно перед и после сеанса участок воздействия обрабатывается окси-спреем; процедура назначается 2 раза в день.

Анализ клеточного состава секрета молочных желез позволил выявить наличие трёх морфологических типов мазков в период лактогенеза в зависимости от секреторной активности молочных желез. По динамике изменений морфологических компонентов в мазках на 1-е, 2-е, 3-и сутки мы условно назвали первый тип мазка – «динамичным» мазком; второй тип мазка – «переходным» мазком; третий тип мазка – «инертным» мазком. Первый морфологический тип мазка был характерен для женщин с достаточной лактацией. Вторым или «переходным» морфологическим типом встречался у женщин, как с достаточной лактацией, так и с гипогалактией. Третий тип мазка («инертный») встречался только у женщин с секреторной недостаточностью молочных желез. При разделении типов мазков мы учитывали количество, величину и характер распределения по мазку молочно-жировых шариков; уровень выхода на 1-е, 2-е, 3-и сутки в секрет молочных желез клеточных элементов (эпителиальные клетки, лейкоциты); среднее количество клеточных элементов секрета молочных желез в поле зрения в первые трое суток послеродового периода; наличие агрегации лейкоцитов.

Результаты исследования показали, что ВИП-свет при воздействии на молочные железы в динамике лактогенеза оказывает местное и системное регулирующее воздействие, как на секреторную функцию молочных желез, так и на репродуктивную систему в целом.

Родильниц после преждевременных родов в сочетании с плацентарной недостаточностью следует относить к группе высокого риска реализации нарушений становления лактационной функции. Чем выше степень тяжести плацентарной недостаточности, тем больше частота нарушений функционального состояния молочных желез на этапе лактогенеза.

Прогнозирование и раннюю диагностику гипогалактии можно проводить по морфологическому типу мазка секрета молочных желез в первые 2-3 суток послеродового периода. При диагностике третьего «инертного» или второго «переходного» морфотипа мазка следует с 2-3-х суток лактогенеза назначать комплекс лечебно-профилактических мероприятий по коррекции сниженной секреторной функции молочных желез.

Применение видимого инфракрасного поляризованного света для профилактики и коррекции нарушений лактационной функции у женщин с осложненным течением беременности приводит к значительному удлинению

продолжительности естественного вскармливания, уменьшению заболеваемости детей острыми респираторными и аллергическими заболеваниями на первом году жизни. Это позволяет рекомендовать разработанный метод светотерапии ВИП-светом лампы Биоптрон для широкого применения в клинической практике у родильниц группы высокого риска по гипогалактии.

Литература:

1. Рябова С.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты клинической апробации комплексной балльной шкалы оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 371-375.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Зубковская Е.В. и др. Биомодулирующие механизмы действия видимого и инфракрасного поляризованного света // Вестник Самарского государственного университета. – 2006. - №9 (49). – С. 109-122.
3. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Есартя М.А. Прогнозирование и коррекция нарушений лактационной функции с использованием видимого инфракрасного поляризованного света на этапе лактогенеза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Т.8, №2. - С. 30-36.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Есартя М.А. и др. Становление лактации у женщин с плацентарной недостаточностью и новые подходы к лечению гипогалактии // Уральский медицинский журнал. - 2010. - №3 (68). - С. 42-48.
5. Стрижаков А.Н., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. и др. Стандартизация диагностики и клиническая классификация хронической плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. - Т. 13, № 3. - С. 5-12.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ**

***Пудовинникова Л.Ю., Семиколонова Н.М.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Концепция развития здравоохранения до 2020 г. предусматривает разработку и внедрение системы управления качеством медицинской помощи (КМП) на основе порядков и стандартов ее оказания, в том числе осуществление контроля медицинской помощи на основе аудита лечебно-диагностического, реабилитационно-восстановительного процесса, профилактики в соответствии с индикаторами качества.

Средний медицинский персонал является неотъемлемой и самой многочисленной частью системы здравоохранения, поэтому все характеристики КМП присущи также и качеству помощи, предоставляемой средним медицинским персоналом.

Управление качеством медицинской помощи, как и практически любым процессом, подразумевают три основные составляющие:

- установление требований и критериев качества;
- принятие мер по выполнению этих требований и соответствию критериям;

- контроль над получаемыми результатами.

Индикаторы качества – это оценка, насколько хорошо мы удовлетворяем требования потребителей медицинских услуг (пациентов, их родственников и др.), насколько предоставленные им услуги оправдывают их разумные ожидания. Другими словами, индикаторы качества – это оценка степени и / или частоты соответствия устойчивым требованиям, которые должны быть определены заранее. Они позволяют проследить отклонения, число и повторяемость ошибок на конкретных этапах оказания медицинской помощи изменения в сторону улучшения, ухудшения и т.д.

Традиционно индикаторами КМП принято считать удовлетворенность пациентов, наличие жалоб, осложнений и т.д. Отзывы пациентов полностью не отражают профессионализм медработника, поскольку могут основываться на личных симпатиях или неприязни, опираться не на научные знания: например, эта медсестра плохая – она больно делает уколы, после не синяки, а эта хорошая – она разрешила не делать вечером антибиотик. Также пациенты часто смешивают оценку конкретной медицинской услуги с оценкой сопутствующих факторов (сколько времени просидели в очереди, прождали лифт и др.).

Не так давно считалось, что нагноение раны, постинъекционный абсцесс и другие подобные осложнения – это результат нарушения асептики и антисептики со стороны медицинских сестер. Теперь данное положение пересмотрено, т.к. методами доказательной медицины подтверждено, что к этим осложнениям может привести и аллергическая реакция (например, на лекарственный препарат, шовный материал), нарушения в иммунном статусе пациента, неадекватная терапия, необходимо также учитывать сроки проявления осложнений, частоту встречаемости (в процедурном кабинете, дневном стационаре или во время стационара на дому и др.).

В системе обеспечение качества медицинской помощи, по сути представляет собой процесс выявления и устранения тех или иных несоответствий в функционировании компонентов применяемой технологии. При обнаружении несоответствия качества медицинской помощи (медицинской услуги) профессиональным стандартам или требованиям следует принимать меры по его регистрации, анализу и исправлению. Конечная же цель по управлению КМП – его повышение.

В управлении КМП в сестринской деятельности для необходимо выделить несколько аспектов эффективности работы:

- планирование;
- содействие и поддержка;
- оценка результатов и критический разбор, при необходимости коррекция.

Для оценки качества сестринской помощи наиболее объективным методом на сегодняшний день является определение ее соответствия стандартам и алгоритмам. В практической деятельности качество оценивается по критериям.

Критерий – (греч. *kriterion* – средство для суждения) – признак, на основании которого производятся оценка, определение или классификация чего-либо, мерило оценки.

При планировании сестринской работы важно, не только понимать критерии качества работы, но и заранее определить индикаторы качества.

Индикаторы (показатели) – чувствительные измерители, способные отражать результат наблюдения за развитием проблемы или процесса.

Требования к качеству выполняемой работы могут быть разложены различными способами и методами, например, должностными инструкциями, алгоритмами, стандартами выполнения работы (манипуляций, процедур, предоставления услуг и др.). В поликлинике для медицинских сестер конкретного подразделения или кабинета разработаны и внедрены различные алгоритмы, технологические стандарты и инструкции, например: технология забора биологического материала, выполнения простых медицинских услуг, иммобилизации при переломах костей, ведение больных хирургического профиля и многое другое.

Немаловажную роль в достижении качества играют подготовка медицинских сестер, их умения, навыки, опыт выполнения конкретной задачи или манипуляции. Поэтому в поликлинике организовано обучение «Школа медицинской сестры» (на рабочем месте) с проведением «Мастер-классов», в кабинетах онколога, окулиста, отоларинголога и др. Проводятся тестирование с последующим анализом усвоения учебного материала и выработки практических навыков.

В поликлинике существует дифференцированный подход к оплате труда, что позволяет при выполнении текущих задач находить финансовую мотивацию после оценки результатов на «выходе». Необходимым становится также, вовлекать медицинскую сестру в процесс планирования, это повышает ее самооценку и значимость в рабочем процессе. Регулярный (предварительный, текущий, заключительный и др.) контроль, помощь, инструктаж, обсуждение и другое участие со стороны организаторов сестринского дела (старших и главной сестер), обеспечивают обратную связь и дают некоторую гарантию достижения результатов «без потерь и осложнений».

Оценка результатов должна быть совместной. Она может проходить в плановом порядке, (официально с ведением протокола в ходе внутренних аудитов и заполнением планов корректирующих действий, проведением мониторинга см. приложение 1) и внеплановая, (неформально, в виде коллегиального обсуждения, когда возникают изменения и необходима коррекция). Целью критического разбора и проведения оценки результатов должно быть как содействие медицинской сестре в выполнении поставленных задач, исключении возможных осложнений, ошибок в дальнейшем.

Система оценки результатов должна включать четкие параметры (индикаторы качества работы): что оценивается, когда, как и т.д. Она также используется для мотивации сотрудников экспертной комиссией, при ежемесячном подведении итогов. Качество работы медицинской сестры

оценивается по множеству критериев, на основе которых разрабатываются индикаторы, что позволит выявить проблемы в ее деятельности (см. ниже табл.1).

Таблица 1

**Критерии и индикаторы оценки качества деятельности  
медицинской сестры**

<b><i>Критерии качества</i></b>	<b><i>Название индикатора</i></b>	<b><i>Пояснение</i></b>	<b><i>Методика сбора</i></b>
Качество заполнения медицинской документации	Доля неправильно заполненных направлений (различных)	Лаборатория вправе не выполнять анализ пробирки	Подсчет количества некорректных направлений
Качество подготовки к исследованиям (функциональным, лабораторным)	Доля исследований, отмененных по причине некачественной подготовки	От подготовки пациента к исследованиям во многом зависит достоверность полученных данных	Установление количества исследований, которые были отменены по причине некачественной подготовки пациента
Качество выполнения инъекций	Доля инфильтратов, возникших после внутримышечных инъекций в первые 3 дня	Если медсестра плохо владеет техникой постановки в/м инъекции, могут возникнуть осложнения (абсцесс, инфильтрат)	Подсчет случаев возникновения инфильтрата после в/м инъекций (обращения к хирургу, ФТО)
Качество соблюдения мер безопасности при заборе крови из вены	Число заборов крови, произведенных без перчаток	Медсестра, осуществляющая забор крови, должна соблюдать меры безопасности, несоблюдение правил – грубая ошибка	Подсчет случаев забора крови без перчаток
Качество образцов крови	Число случаев гемолиза крови	Медицинская сестра должна соблюдать необходимые требования при	Подсчет случаев гемолиза

		заборе крови из вены для избегания гемолиза	
--	--	--	--

## Приложение 1

Пример.

### **План корректирующих действий по результатам работы сестринского персонала за 3 квартал 2015 г.**

На основании данных, полученных в ходе анализа, одним из несоответствий в работе сестринского персонала явилось «Увеличение количества осложнений при парентеральном введении лекарственных средств». Осложнения составили у 3% от числа пациентов, которым был оказан данный вид услуги. Потенциальными причинами выявленного несоответствия отмечены:

- а) большой поток пациентов, направленных врачами в процедурный кабинет, а также увеличение назначений пациентам на дому;
- б) парентеральное введение 3-х и более препаратов одновременно одному пациенту;
- в) несоблюдение медицинскими сестрами асептики и антисептики, при выполнении манипуляций (из 234 среднего медперсонала сертификаты по профилактике ВБИ имеют 185, что составляет 79%);
- г) отрицательное воздействие лекарственных средств на пациентов пожилого возраста.

Разработаны мероприятия по устранению данного несоответствия, с последующим анализом мониторинга:

- а) оказание вышеуказанных услуг, строго по направлению и подписью врача, (в результате, инъекции в процедурном кабинете сократились с 16 440 в III квартале до 12 680 в IV квартале);
- б) парентеральное введение лекарственных средств более 3-х препаратов одному пациенту одновременно сократились, с 2102 в III квартале, до 1264 в IV квартале; в) проведены местные медсестринские конференции по актуальным вопросам: «Возможные виды осложнений и их причины»; «Особенности клинической фармакологии у лиц пожилого возраста».
- г) организован выездной обучающий цикл: «Профилактика ВБИ и инфекционная безопасность пациента и медперсонала», в котором обучились и получили сертификаты 44 медицинских сестры.

Таким образом, для достижения целей и задач, утверждение и внедрение в работу медицинских сестер всех подразделений критериев и индикаторов, позволит организаторам сестринской службы эффективно выстроить систему управления и оценки качества деятельности сестринского персонала. А также своевременно принимать организационные решения по совершенствованию его деятельности.

## **ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОВОП № 1 ГБУЗ СО СГКП №15**

***Пыrkова Л.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

По данным анализа, в условиях отделения врачей общей практики, выявлено, что практически у каждой беременной женщины диагностируется патология внутренних органов, со значительным преобладанием железодефицитной анемии и заболеваний желудочно-кишечного тракта, со значительным прогрессированием во втором триместре беременности. На уровне первичной медико-санитарной помощи получен положительный эффект от своевременной терапии беременных женщин с экстрагенитальной патологией (ЭГП). Немаловажное значение в лечении имеет охранительный режим и коррекция питания с применением препаратов растительного происхождения, подобранным индивидуально для каждой беременной. Раннее обращение беременной в женскую консультацию, способствует резкому снижению ЭГП и предотвращению всевозможных осложнений у плода.

По данным российских исследований, в 40% случаях все женщины вынашивают беременность без осложнений, то есть без токсикозов и без экстрагенитальных патологий (ЭГП). Углубленный анализ течения беременности позволяет утверждать, что без осложнений протекает беременность только в 20% и наличия ЭГП – в 30–40% случаев. На фоне снижения рождаемости проблемы ведения беременности у женщин с ЭГП приобретают актуальное значение и остаются, по-прежнему, одной из важнейших проблем. Среди беременных, наряду с железодефицитной анемией (ЖДА), одними из самых распространенных являются заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), эндокринной, мочеполовой и дыхательной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отмечается возрастание частоты возникновения ЭГП у беременных на 28,3%. Во многом это объясняется увеличением за последние 5 лет общей заболеваемости взрослого населения.

В подавляющем большинстве случаев во время беременности течение уже имеющихся хронических заболеваний ухудшается и в дальнейшем прогрессирует. Это связано, во-первых, с иммунной перестройкой реактивности женского организма и депрессией иммунной реактивности. В связи с этим активизируются воспалительные заболевания внутренних органов. Во-вторых, во время беременности меняется эндокринная регуляция, что приводит к ухудшению течения артериальной гипертензии, заболеваниям щитовидной железы и надпочечников. В-третьих, во время беременности увеличивается потребление железа, что приводит к появлению или

усугублению анемий. ЖДА страдают почти 65% беременных. У 14–32% беременных женщин ЭГП являются причиной осложненного течения беременности и родов. По данным анализа, здоровые беременные составили 13,6%.

**Цель работы:** изучить частоту выявления ЭГП у беременных женщин в зависимости от возраста и срока беременности, проанализировать лечение наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов и предложить наиболее приемлемое решение для снижения ЭГП у беременных в условиях реальной клинической практики на уровне первичной медико-санитарной помощи.

#### **Материал и методы исследования.**

В ходе исследования было проанализировано 136 историй болезни беременных женщин, прикрепленных к женской консультации при городской поликлинике №15 отделения врачей общей практики № 1, в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст – 26,01). Все женщины были распределены по возрасту (до 20 лет – 13,2%, 21 – 29 лет – 61,4%, 30 – 39 лет – 25%, 40 лет и старше – 0,4%) и по сроку беременности:

I триместр – 49 (36,4%), II триместр – 42 (30,6%),

III триместр – 45 (33%). Практически здоровыми беременными являлись 19 (13,6%) женщин.

Всем беременным женщинам, помимо общего осмотра, проводились лабораторно-инструментальные исследования, которые включены в стандарты обследования при беременности: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови: общий белок, сахар, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), креатинин, мочевины, электрокардиография, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек (по показаниям).

По данным анализа, следует, что практически у каждой беременной женщины диагностируется та или иная патология внутренних органов.

ЖДА легкой степени выявлена у 50 (37,2%), средней степени – 10 (7,4%), случаев тяжелой степени анемии – не было.

Болезни мочеполовой системы, в частности хронический пиелонефрит и его обострение – у 5 (0,3%), мочекаменная болезнь (МКБ) встречалась у 1 (1,3%) беременной.

Заболевания ССС – 8,6%, затем заболевания ЖКТ – 6,6% и болезни органов дыхания – 4,8%.

В возрасте от 20 до 29 лет в основном преобладают такие заболевания как ЖДА легкой степени – 31 (31,1%), болезни МПС – у 3 (3%), ЖКТ – 9 (9%) и ССЗ – у 7 (6,9%) беременной женщины.

В зависимости от срока беременности ЭГП в основном преобладали во II триместре – ЖДА легкой степени – 34,5%, средней степени – 9,1%, болезни мочеполовой системы, в частности пиелонефрит – 2,2%, болезни ЖКТ – 7,7%, ССЗ – 4,7%.

Лечебная тактика при ЖДА беременных включает белковую диету, витамины, и препараты железа. Было рекомендовано полноценное питание,

содержащее достаточное количество железа и белка. Особенно полезны мясные продукты, молочные продукты (сыр, творог, кефир), овощи и фрукты – около 800 г/сут, часть из которых нужно съесть в сыром виде (морковь, капуста, яблоки). Лечение ЖДА проводилось в основном комплексными препаратами железа (удобство применения, лучшая переносимость) перорально – феррофольгамма, ферлатум. Повышение уровня гемоглобина у беременных женщин отмечалось через 3 нед, что клинически проявлялось в виде нормализации числа сердечных сокращений (ЧСС), снижении выпадения волос, уменьшения головных болей, головокружения, слабости, сухости кожных покровов.

Беременным женщинам с сопутствующей патологией почек назначался канефрон – комбинированный препарат растительного происхождения, оказывающий противомикробное, спазмолитическое и противовоспалительное действие – по 2 драже 3 раза в сутки в течение одного месяца с последующим переходом на почечный чай и растительные уросептики (лист брусники, траву толокнянки, клюквенный морс) в течение 10 дней каждого месяца. Клинически у беременных отмечалось улучшение общего состояния, в анализах мочи уменьшение лейкоцитурии, солей.

При лечении артериальной гипертензии (АГ) беременным женщинам назначался допегит – антигипертензивный препарат центрального действия по 250 мг/сут при I степени АГ и II степени 500 мг/сут. Учитывая оценку безопасности снижения АД в плане уменьшения маточно-плацентарного кровотока и нарушения оксигенации плода, регулярно проводился контроль АД беременных (ведение дневника беременной). На фоне терапии отмечалась нормализация артериального давления (АД), уменьшение головных болей.

При лечении болезней ЖКТ (бескаменный холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит) беременным назначался хофитол по 2 таблетки 3 раза в день (3 нед) – препарат растительного происхождения, оказывающий желчегонное, гепатопротекторное и диуретическое действие. Содержащиеся в артишоке аскорбиновая кислота, каротин, витамины В1 и В2, инулин способствуют нормализации обмена веществ в организме, оказывают влияние на метаболизм липидов и кетоновых тел. Препарат обладает детоксицирующим действием на паренхиму печени и почек, является мощным антиоксидантом и антигипоксантом.

При рефлюксах с выраженной изжогой – антацидные препараты. Основным методом в лечении заболеваний ЖКТ остается диета №5 по Певзнеру. Клинически проявлялось улучшением самочувствия, уменьшением болевого синдрома, тошноты и изжоги.

Выводы:

1. Наиболее распространенной патологией беременных женщин является ЖДА, преимущественно первой степени (37,2%).
2. ЭГП преобладали в возрасте от 21–29 лет (50,2%).
3. ЭГП, в основном, преобладали во II триместре беременности, что составило 58,2%.

4. 4. Применение препаратов феррофольгаммы и ферлатума явилось эффективным в коррекции ЖДА.
5. На всем протяжении беременности контролировался ОАМ, и при минимальных отклонениях от нормы женщины получали курсы растительных уроантисептиков (лист брусники, траву толокнянки, почечный чай и пр.) в течение 10 дней каждого месяца.
6. Допегит является препаратом выбора у беременных женщин с АГ в индивидуально подобранных дозах после тщательного мониторинга АД.
7. Основные нарушения со стороны ЖКТ – заболевания желчевыводящих путей, рефлюксы с выраженной изжогой; безопасным препаратом в этих случаях был растительный препарат хофитол, а при гастроэзофагиальном рефлюксе – антациды (рени, маалокс).
8. Болезни органов дыхания, в основном, проявлялись в виде бронхитов и трахеобронхитов, как осложнения ОРВИ, для их терапии применялся муколитический препарат (амброксола гидрохлорид), который оказывает разжижающий эффект на секрет дыхательного тракта, снижает вязкость мукозного секрета, что способствует улучшению функции цилиарного эпителия, выведению секрета и облегчает дыхание.

## **АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ФАРИНГОМИКОЗА ПРИ КИСЛОТОЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ)**

*Пыrkова С.А., Баранова В.А., Буланова Т.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

**Актуальность.** Хронический тонзиллит, фарингомикоз на сегодняшний день встречается в практике врачей оториноларингологов достаточно часто, является проявлением патологического процесса не только в глотке, но и желудочно-кишечного тракта.

**Цель исследования.** Выявление отличительных особенностей хронического тонзиллита грибковой этиологии при ГЭРБ.

Этиологическим фактором развития хронического поражения слизистой оболочки глотки является грибковая инфекция, частота которой при хроническом тонзиллите и фарингомикозе возрастает среди всех грибковых заболеваниях лор-органов при рефлюкс-индуцированных фарингитах *Candida albicans* выссеивают в 85,8% случаев.

Ведущими отличительными признаками хронического тонзиллита по данным фарингоскопии являются:

- Гиперемия и валикообразное утолщение краёв небных дужек.
- Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками.

- Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.
- Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.
- Регионарный лимфаденит-поднижнечелюстные или шейные лимфоузлы увеличены и слегка болезненные при надавливании.

#### ***Материалы и методы.***

На диспансерном учете в детском отделении СГКП №15 состоит 251 человек с хроническим тонзиллитом. Все были пролечены консервативно и обследованы. Все обследованные пациенты с хроническим тонзиллитом и фарингомикозом с ГЭРБ (n=113) были разделены на 2 группы по наличию или отсутствию на слизистой оболочке ротоглотки грибковой флоры: 1-я группа пациентов с грибковым хроническим тонзиллитом и фарингомикозом (60,2% (n=68) и 2-я группа с немикотическим хроническим тонзиллитом (39,8% (n=45)).

#### ***Результаты.***

В результате анализа обследования, содержащего исследование посева из зева на флору, определение РН желудочного содержимого; осмотра, включающего проведение фарингоскопии, выявлены отличия микотического хронического тонзиллита от немикотического. Полученные данные приведены в таблице:

<b>Признаки</b>	<b>Микотический хронический тонзиллит</b>	<b>Немикотический хронический тонзиллит</b>
Жалобы	1 Сухость, першение в глотке, охриплость(82%) 2.Наличие чувства жжения в глотке(97%)	1. Сухость, першение в глотке, охриплость(68,9%) 2.Отсутствие чувства жжения в глотке
Фарингоскопия	1.В 100% атрофия слизистой оболочки глотки + 3 или 5 признаков хронического тонзиллита 2. Белесоватый налет на корне языка (94%)	1,В 100% атрофия слизистой оболочки глотки+ 3 или 5 признаков хронического тонзиллита 2.Белесоватый налет на корне языка (17,8%)

	<p>3. Густая, вязкая слизь по задней стенке(72%)</p> <p>4.Гиперемия слизистой оболочки и гиперемия небных душек (53%)</p> <p>5 .Инъецированность сосудов на фоне бледно-розовой слизистой оболочки глотки (67,7%)</p> <p>6. Белесоватые пленки на задней стенке глотки и большое количество козеозных пробок в небных миндалинах (22%)</p>	<p>3. Густая, вязкая слизь по задней стенке (22%) пациентов</p> <p>4.Гиперемия слизистой оболочки и гиперемия небных душек (33%)</p> <p>5 .Инъецированность сосудов на фоне бледно-розовой слизистой оболочки глотки (47%)</p> <p>6. Отсутствие белесоватых пленок на задней стенке глотки и незначительное количество козеозных пробок в небных миндалинах</p>
Монофлора	<p>Обнаружены грибы рода кандиды: в виде монофлоры(86,8%) и ассоциаций (13,2%).</p> <p>Монофлора представлена в виде Candida albicans (96%) и Candida Glabrata(3,4%)</p> <p>Streptococcus B-haemolyticus (55,5%), Candida albicans и Staphiloccous aureus (22,2%), а так же Candida albicans и Candida Glabrata и Candida Tropicalis и Streptococcus B-haemolyticus (11,1%)</p>	<p>Флора выделена лишь у (11,1%) пациентов (N=5) которые представлены в виде монофлоры: у 20% пациентов S.aureus, у 60% Str.B-haemoliticus и у 20% S. epidermidis.</p>
Уровень рН	Уровень рН (5,6 + 0,13 ед.)	Уровень рН (6,2 + 0,16 ед. )

**Вывод.** Клиническое течение грибкового и немикотического хронического тонзиллита при ГЭРБ имеет характерные отличительные особенности, которые учитываются при проведении обследования и лечения.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

**Пыркова С.А., Баранова В.А., Власова А.Ю.**

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»

**Энурез**— стойкое непроизвольное мочеиспускание, отмечающееся у детей в разное время суток: ночное, дневное, сочетанное— днем и ночью в силу различных обстоятельств.

Ночным энурезом называется недержание мочи при достижении пятилетнего возраста когда должен быть сформирован контроль за функциями мочевого пузыря.

**Актуальность.** Проблема лечения энуреза у детей приобрела особую актуальность в последние десятилетия, в связи с увеличением числа таких детей до 5% в общей детской популяции, является по-прежнему актуальной и до конца не решенной.

Частота энуреза в детском возрасте в РФ, по данным разных авторов, колеблется от 2,5 до 30 %. Такой разброс данных объясняется трудностью получения достоверной информации и различной частотой патологии по возрастам (снижается с возрастом от 20 % в 4–5 лет до 1–1,5 % у детей старше 15 лет).

Социальная значимость этого заболевания определяется значительным снижением качества жизни ребенка, отрицательным влиянием на формирование личности и характера, что затрудняет адаптацию больных детей в обществе.

Ведущими причинами возникновения энуреза у детей являются: гипоталамо-гипофизарная дисфункция (обуславливающая задержку созревания высших центров вегетативной регуляции нижнего отдела мочевого тракта); урологическая патология и инфекции мочевыводящих путей; нарушения реакции активации во время сна; нарушение ритма секреции антидиуретического гормона (АДГ); неблагоприятная наследственность; действие психологических факторов и стресса; врожденные пороки развития, травмы позвоночника и спинного мозга и др.

Согласно МКБ-10 выделяют две формы энуреза в зависимости от времени возникновения: первичный и вторичный .

При первичном энурезе ребенок мочится непроизвольно с рождения, то есть условный рефлекс не был выработан; при истинном первичном энурезе - идиопатическом - ребенок в психическом и физическом развитии не отличается от здоровых детей. Вторичный энурез возникает после «сухого» промежутка (более 6 мес.) у детей старше 5–6 лет. Условный рефлекс, вызывающий пробуждение, уже был выработан, но оказался утраченным или резко ослабел по ряду причин (психическая травма, тяжелые инфекционные заболевания, интоксикация, выраженный и длительный болевой синдром, различные приобретенные заболевания или повреждения головного и спинного мозга и мочевыводящей системы). Может наблюдаться независимо от сна. Сопровождается дополнительной симптоматикой, менее продолжительный, с благоприятным прогнозом

Результат лечения энуреза во многом зависит от причин, его вызвавших.

**Цель:** Оценить эффективность этиотропной терапии энуреза у детей.

**Материалы и методы:** В течение последних 3 лет в ГБУЗ СО СГКП №15 пролечено 50 человек с энурезом в возрасте от 5 до 15 лет (основную группу

составили дети до 10 лет - 45 чел. Из них у 39 детей (78%) диагностирован неврозоподобный дизонтогенетический энурез, в происхождении которого ведущая роль принадлежит остаточным явлениям внутриутробных или ранних постнатальных органических поражений головного мозга (особенно диэнцефальных структур) инфекционной, травматической, интоксикационной этиологии, у 11 детей (22%) - невротический энурез, его возникновение связано с действием острых или затяжных психотравмирующих факторов.

До начала курса реабилитации дети были тщательно обследованы. Клинический осмотр включал в себя анализ соматического статуса, оценку психофизического развития ребенка.

Анализ неврологического статуса основывался на анамнезе, определении характера нарушений мочеиспускания, оценке характера сна.

В рамках неврологического обследования ребенка выполняли электроэнцефалографию, доплерографию сосудов головного мозга, обзорную рентгенографию крестцово-копчикового сочленения.

Все дети осматривались психиатром, психологом, урологом и нефрологом, девочки - гинекологом.

Лабораторно-диагностическое обследование включало общую схему обследования детей с нефро-урологической патологией (общий анализ мочи; общий анализ крови; кал на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз; УЗИ почек, мочевого пузыря и мочевыводящих протоков).

Клиническое течение болезни: в 40 % случаев энурез отмечался почти каждую ночь, в 32 % случаев - 2 раза в неделю, в 25 % - 4–5 раз в мес., в 3 % - 2–3 раза в мес. Все дети из-за очень крепкого сна не просыпались после мочеиспускания; родители обращали внимание на учащение энуреза при утомлении. 15 % детей «не переживали» из-за случившегося мочеиспускания.

При исследовании неврологического статуса у 19 % детей изменений не выявлено, у 10 % выявлены симптомы церебрастении, у остальных отмечалась рассеянная микроорганическая симптоматика.

Изменения на ЭЭГ (неспецифические по характеру) выявлены у 10 % обследуемых. В частности, при проведении видеомониторинга ночного сна у двоих детей были выявлены эпилептические феномены на ЭЭГ и диагностирована энурез-эпилепсия.

При проведении УЗДГ сосудов головного мозга и шеи у 14 детей (28%) выявлены незначительные изменения в виде дистонии, у 8 (16%) - затруднение венозного оттока, у 5 (10%) - асимметрия кровотока по позвоночным артериям.

По результатам УЗИ почек, мочевого пузыря и мочевыводящих протоков у 5 детей (10%) обнаружены признаки нейрогенной дисфункции мочевой системы.

При проведении обзорной рентгенографии крестцово-копчикового сочленения у 2 детей (4%) выявлен S-образный сколиоз нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, у 11 детей (22%) выявлена spina bifida в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

При исследовании спинного мозга методом МРТ у 5 детей (10%) патологии со стороны спинного мозга не выявлено. У 1 больного (2%)

выявлено расширение спинномозгового канала на уровне Th12 - L4. Симптоматика ювенильного остеохондроза выявлена у 7 детей (14%).

Всем детям проведено комплексное лечение энуреза.

Родителей и детей информировали о необходимости глубокой заинтересованности и активного участия в лечебном процессе.

Методика лечения включала:

- режим;
- диету;
- специальный комплекс ЛФК;
- рефлексотерапию;
- физиотерапию;
- массаж;
- психотерапию;
- медикаментозное лечение.

Режим подразумевал благоприятный психологический климат в семье, сон на полужесткой постели. Детям 4–8 лет рекомендовалось использовать календарный метод, согласно которому в календаре фиксировались в виде рисунка «сухие» дни недели и заранее оговаривалось количество очков, необходимое для вознаграждения.

При гиперрефлекторном мочевом пузыре у детей 7 лет и старше проводились тренировки мочевого пузыря по все более длительному удержанию мочи, тренировки с удержанием во время позыва к мочеиспусканию, что научило детей контролировать мочеиспускание.

Диета предполагала ужин за 3 ч до сна без продуктов, обладающих мочегонным действием. Исключали молочные продукты (молоко, кефир, творог, сливки, сметана), яблоки, огурцы, крепкий чай, кофе. Рекомендовались: яйцо, сухие рассыпчатые каши (гречка, рис, пшено) с маслом, вареньем, сахаром, бутерброд с сыром; за 20–30 мин до сна - присоленный хлеб или хлеб с кусочком сельди.

С больными проводились занятия лечебной физкультурой, включая упражнения стрейч-гимнастики, направленные на укрепление мышц поясничной области, нижней части живота, внутренней поверхности бедер, тренировку мышц малого таза: хождение на корточках, втягивание ануса, сидение на ягодицах.

Рефлексотерапия (РТ) включала иглорефлексотерапию и пролонгированную рефлексотерапию перцовым пластырем на точки мочевого пузыря, почек, желудка.

Пролонгированную РТ перцовым пластырем проводили курсами по пять дней с перерывом в 5 дней в течение месяца, наклеивая перцовый пластырь на вышеперечисленные биологически активные точки.

Из физиотерапевтических методов лечения применяли электростимуляцию («Амплипульс, №10) - при гипорефлекторном МП. При гиперрефлекторном МП назначали теплотерапии (парафиновые аппликации)

на область МП и пояснично-крестцовую зону на 20–30 мин № 10 ежедневно или через день.

Для усиления контроля над актом мочеиспускания и опосредованной стимуляции центров, ответственных за мочеиспускание, назначали электрофорез с прозеринном и нейромидином паравертебрально на пояснично-крестцовый отдел.

Дети получали курс массажа поясничной области.

Психотерапия предусматривала формирование стереотипа по единой схеме и включала обязательное посещение туалета с полным опорожнением мочевого пузыря. Использовались игровая психотерапия и различные виды психотерапии отвлечения и переключения.

Медикаментозное лечение назначалось детям старше 5 лет.

При лечении первичного ночного энуреза, особенно моносимптомного, с наследственной предрасположенностью и при наличии косвенных признаков снижения АДГ (гипоосмолярность ночных и ранних утренних порций мочи) использовали десмопрессин (минирин) - антидиуретик, регулирующий количество и осмолярность мочи. Минирин назначали по 1 таблетке (0,2 мг) на ночь за 1 ч до сна, при наличии «мокрых» ночей через неделю дозу увеличивали до 2 таблеток на ночь, редко, при отсутствии эффекта, утраивали дозу (0,6 мг). Пробную отмену препарата проводили через 3 мес. (при возобновлении энуреза в первые 2–4 недели лечение продлевали). Общая продолжительность лечения составляла от 6 мес. до 1,5 года).

При нейрогенном МП использовали стабилизаторы функции детрузора - пантогам, пикамилон в дозе 5 мг/кг/сут., антихолинергические средства; метаболическую терапию: коферменты (никотинамид и рибофлавин), глицин, антиоксиданты (витамины А, Е, С), макро- и микроэлементы в комплексе витаминотерапии курсами в течение 1 мес.

У детей с гиперрефлекторным нестабильным мочевым пузырем, с уменьшенным средним объемом мочевого пузыря и при наличии дневного недержания мочи применяли дриптан - антихолинергический препарат, оказывающий прямое спазмолитическое действие на детрузор и за счет периферического М-холинолитического действия устраняющий рефлекторное сокращение мочевого пузыря, увеличивая его средний объем. Дриптан назначали детям старше 5 лет по 5 мг (1 таблетка) 2 раза в день, начиная с 1/2 дозы во избежание побочного действия.

При невротоподобном энурезе применяли препараты, улучшающие метаболические и биоэнергетические процессы в нервных клетках, влияющие на нейромедиаторные системы мозга,- ноотропы: пирацетам, пантогам, пикамилон, семакс, энцефабол и гопантам. Дозы назначали возрастные. Для уменьшения глубины сна у детей старше 6 лет применяли антидепрессант мелипрамин, доза подбиралась строго индивидуально, в среднем 1 мг/кг внутрь 1 раз в сутки за 1 час до сна, курс лечения - 1–2 мес.

При невротическом недержании мочи назначали седативные мягко действующие препараты - пустырник, валериану, персен сироп зайчонок, в малых дозах и короткими курсами.

Большинство детей проходило несколько курсов лечения (1 раз в 3–4 месяца). Эффективность лечения зависела от причины возникновения энуреза. У 12 детей (24%) наблюдался стойкий положительный эффект уже после первого курса лечения, у 16 (32%) детей отмечалось существенное улучшение, у 17 детей (34%) - улучшение, частичный эффект достигнут у 5 пациентов (10%).

#### **Выводы.**

Лечение энуреза предусматривает индивидуальный подход в каждом конкретном случае. Доступны различные методы терапии, но ни один из них, используемый отдельно, не является эффективным (что отражает многофакторность патогенеза). Любая терапия должна начинаться с готовности ребенка участвовать в ней и осознания родителями того, что эпизоды энуреза являются полностью неосознанными и ненамеренными со стороны ребенка.

Дриптан (оксибутинин) и Минирин (десмопрессин) являются базовыми фармакологическими средствами для лечения энуреза и сопутствующих расстройств мочеиспускания. Максимальная эффективность действия оксибутинина — при синдроме императивного мочеиспускания, а десмопрессина — при наличии ночной полиурии.

Применение ноотропных препаратов в комплексной терапии гиперактивного мочевого пузыря и сопутствующих нервно-психических расстройств восстанавливает функции мочевого пузыря и улучшает качество жизни пациентов.

Комплексная терапия энуреза с учетом этиопатогенеза заболевания, значительно повышает эффективность лечения.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ДИФФУЗНОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ**

***Пыркова С.А., Баранова В.А., Сулова Н.Б.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

По обобщенным данным имеется повсеместный рост аутоиммунного тиреоидита и явное его «омоложение» в детской популяции, смещение дебюта заболеваемости на пубертатный возраст.

Среди детского населения различных стран аутоиммунный тиреоидит встречается в 0,1-1,2%, в Москве и ряде регионов России – 3-5%, зависит от степени техногенного загрязнения, роста числа заболеваний, связанных с нарушениями иммунной системы в изменившихся социально-экономических и экологических условиях, способствует реализации генетической предрасположенности в патологическом процессе.

**Актуальность** проблемы обусловлена необходимостью своевременного выявления больных, диспансерного наблюдения, назначения адекватной медикаментозной терапии. Неблагоприятным последствием для организма, фактором риска которого может быть аутоиммунный тиреоидит, является гипотиреоз.

Заболевание в 2 раза чаще встречается среди девочек, имеет тенденцию проявляться в виде семейных форм. Кроме того, наблюдается сочетание с другими аутоиммунными заболеваниями – инсулинозависимым сахарным диабетом, витилиго, ревматоидным артритом и др.

Постепенное, медленно прогрессирующее, умеренное увеличение щитовидной железы – особенности АИТ в детском возрасте. Жалобы носят неспецифический характер или отсутствуют.

Пальпаторно железа у детей в большинстве случаев мало отличается от диффузного нетоксического зоба, поверхность её гладкая, контуры четкие. Поэтому решающее значение в диагностике принадлежит лабораторно-инструментальным методам: ультразвуковому исследованию, определению наличия в сыворотке крови аутоантител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе в диагностически значимых титрах, исследованию тиреоидного профиля ( $T_4$  св., ТТГ) – для оценки функционального состояния щитовидной железы.

Кардинальным ультразвуковым признаком аутоиммунных заболеваний щитовидной железы является диффузное снижение эхогенности ткани (80-85%) или диффузно- неоднородность её структуры.

Наиболее типичным показанием для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы является сочетание АИТ с узловым образованием в щитовидной железе для исключения онкологической патологии.

Согласно приказа МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в общеобразовательные учреждения и в период обучения в них» осматриваются эндокринологом дети с 10 лет.

#### **Материал и методика исследования.**

По результатам проведенных профилактических осмотров в школах и скрининговому УЗИ щитовидной железы в 2015 году проведен анализ выявленной патологии. На начало 2015 года с диагнозом: Хронический аутоиммунный тиреоидит на диспансерном учете состояло 18 детей, вновь выявлено 11 пациентов (100% девочки). Всего осмотрено 1523 ребенка. На конец 2015 года состоит на диспансерном учете 29 пациентов, из них – 4 мальчика (13,7%), двое из них имеют сахарный диабет I типа, тяжелый. 11 человек – подростки с 15 до 18 лет, что составляет 37%. УЗ-картина, типичная для аутоиммунного тиреоидита, выявлена у 86% детей. Титр антител к тиреоглобулину повышен у 50% пациентов, к тиреопероксидазе значительно повышен у 86% детей. 3 ребенка (10%) получают с заместительной целью L-тироксин в связи с гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита.

**Вывод.** Наиболее важной особенностью аутоиммунного тиреоидита в детском возрасте является отсутствие клинических отличий от не иммунного зоба. УЗИ-исследование обладает высокой информативной ценностью, в связи с чем является ключевым методом для проведения скрининг-программы. Диагноз не иммунных форм зоба должен подтверждаться путём исключения аутоиммунного тиреоидита.

## **ГЕМАНГИОМА У ДЕТЕЙ**

***Пыркова С.А., Баранова В.А., Федосеева О.М.***

*ГБУЗ СО «Самарская Городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района*

**Актуальность.** Гемангиома – доброкачественное сосудистое образование, являющееся следствием нарушения развития сосудов в эмбриональный период. Составляет 45,7% всех опухолей кожи и мягких тканей у детей. Отмечается у 2-12% новорождённых.

Большинство гемангиом у детей возникают в первые две-три недели жизни или проявляются в первый год жизни ребёнка, нередко случаи врождённых гемангиом. Эти новообразования кровеносных сосудов могут быстро прогрессировать.

Чаще гемангиомы располагаются на волосистой части головы ребёнка и на лице: веках, носу, щеках, включая внутреннюю сторону, даже на слизистой глаза. Также нередко встречаются гемангиомы в области половых органов и анального отверстия. Ежедневная гигиена ребёнка в таких случаях становится затруднительной и болезненной. Сосудистые образования могут располагаться на верхней части тела (в том числе на ручках и ножках), а также на внутренних органах, костях, мягких тканях.

Располагаясь на лице, гемангиомы, кроме косметического дефекта, могут приводить к функциональным нарушениям. При расположении в области каймы губ – нарушению акта сосания, в носовых ходах – нарушению дыхания, на веках – зрения, в ушной раковине – слуха. Гемангиомы крупных вен и артерий (довольно редко встречаются) разрастаясь, могут перекрывать просвет сосуда.

Выделяют 3 стадии в течение заболевания:

- активного роста (с 1-3 месяцев до 6-8 месяцев)
- прекращения роста (с 6-8 месяцев до 12-18 месяцев)
- инволюции (до 5-15 лет)

Особенностью течения гемангиом является непредсказуемость их «поведения»; порой небольшая, точечная гемангиома щеки в течение 2-3 недель может превратиться в обширную и глубокую ангиому сложных анатомических образований. У недоношенных детей эта особенность выражена наиболее ярко: рост гемангиомы в 2-3 раза быстрее, чем у доношенных.

Отдельного внимания заслуживает факт спонтанной регрессии некоторых простых ангиом. Истинная регрессия может наблюдаться в 10-15% случаев, чаще на закрытых участках тела. При этом яркость ангиомы несколько уменьшается, на ней появляются участки беловатого цвета, прекращается периферический рост. Через 6-8 месяцев ангиома представляет гладкое, не возвышающееся над кожей беловато-розовое пятно, кожа над ним подвергается атрофии, и к 3-4-му году жизни остается небольшой депигментированный участок кожи.

**Цель.** Анализ наблюдения гемангиом, выявленных при проведении профилактических осмотров у детей первого года жизни.

Одним из важных разделов в сфере здравоохранения является проведение диспансеризации детей первого года жизни. Согласно приказа МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в общеобразовательные

учреждения и в период обучения в них» хирург осматривает детей в течение первого года жизни трехкратно: в возрасте 1 месяц, 6 месяцев, в 12 месяцев и по Национальному проекту в 9 месяцев.

#### **Материал и методы исследования.**

За 2015 год осмотрено детским хирургом 807 детей (новорожденных). Выявлено патологии – 31 случай гемангиом у 4% осмотренных:

- гемангиома волосистой части головы – 6 – 19%;
- гемангиома лица – 7 – 22%;
- гемангиома носа – 1 – 3%;
- гемангиома каймы губ – 1 – 3%;
- гемангиома половых органов – 2 – 6%;
- гемангиома туловища – 5 – 16%;
- гемангиома плеча и предплечья – 4 – 13%;
- гемангиома бедра, голени, пальцев стоп – 5 – 16%.

У 28 (90%) детей гемангиомы единичные, у 3(10%) детей – множественные.

Принципиально важным независимо от способа является максимально раннее начало лечения ангиом – с первых дней, недель и месяцев жизни. Методы лечения гемангиом чрезвычайно разнообразны и зависят от их формы, размеров и расположения, интенсивности роста, а также возраста и соматического состояния ребёнка.

7 (22%) детей с гемангиомами лица в возрасте 1 месяц были направлены в челюстно-лицевую хирургию ГБУЗ СОКБ им. Середавина. 5 (16%) детям проведена лазеротерапия, 2 (6%) детям проведена склерозирующая терапия. Лечение проводилось в несколько этапов. Гемангиома в стадии регресса у 10 (30%) детей. Остальные дети в лечении не нуждаются, находятся под наблюдением детского хирурга.

**Вывод.** Анализ наблюдения гемангиом, выявленных у детей первого года жизни, показывает необходимость проведения профилактических осмотров, так как своевременно начатое лечение ангиом даёт хороший результат – устраняет косметический дефект, предотвращает развитие функциональных нарушений.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКСОНАЛЬНОЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИИ ГИЙЕНА-БАРРЕ**

*Пыркова С.А., Баранова В.А., Щобак К.Н.*

*ГБУЗ СО «Самарская Городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»,*

Синдром Гийена-Барре – острое, быстро прогрессирующее аутоиммунное поражение периферической нервной системы, характеризующееся демиелинизацией корешков спинномозговых и черепных нервов.

Частота синдрома Гийена-Барре в среднем составляет 1:100 000 детей. Основные мишени иммунных атак – шванновские клетки и миелин.

Выделяют острую идиопатическую форму (до 95% случаев) и хроническую (рецидивирующую) до 5% случаев.

Клиника: через 1-3 недели после повышения температуры, катаральных явлений или кишечных расстройств появляются боли в ногах, реже в руках, затем развиваются вялые параличи, которые распространяются с дистальных отделов на проксимальные.

Больной Д., 3,5 года, обратился в поликлинику с жалобами на неуверенную походку, падение во время ходьбы в течении двух дней, боли в ногах. На приёме выявлено снижение тонуса, сухожильных рефлексов. Две недели назад перенес ОРВИ. Ребёнок госпитализирован в инфекционную больницу, где проведена люмбальная пункция (цитоз 20 кл., белок 0,325 г/л), подозревали менингоэнцефалит. В течение последующей недели, несмотря на проводимую медикаментозную терапию, включающую гормональную (5 мг/кг преднизолона), двигательные нарушения продолжали нарастать; перестал самостоятельно ходить, сохранялись боли в ногах, общая гиперестезия. Переведен в неврологическое отделение ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина. По данным ЭМГ выявлен корешково-невритический характер процесса (аксональный) с ног, МРТ – без патологии. Подано экстренное извещение на ОВП.

В клинической картине: снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног 2,0 - 2,5 б, дистальных 0-1 б, в руках в проксимальных отделах 3,0 - 3,5 б, в дистальных – 2 б. Снижение сухожильных рефлексов. Болезненность по ходу нервных стволов в ногах. В результате проводимого лечения (гормонотерапия, витамины группы В, иммуноглобулин, плазмаферез) тонус, сила мышц стали восстанавливаться.

Через месяц при повторной госпитализации сила мышц повысилась в дистальных отделах ног 3-3,5б, проксимальных 4,5, в руках 4,5б. Сохранялась мышечная гипотония, валкая походка с элементами ступажа, сухожильные рефлексы живые.

Через 5 месяцев сила мышц в ногах 4,5-5 баллов, в руках 5 баллов. Походка грубо не нарушена, легкий ступаж.

В настоящее время идет полное восстановление двигательных функций.

### **Выводы.**

Диагностика острой воспалительной полирадикулонейропатии трудна для практики врачей. При возникновении жалоб на боли в ногах и мышечной слабости после перенесённого ОРВИ, необходима консультация невролога для исключения ОВП. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с полиомиелитом, при котором парезы асимметричны, преимущественно в проксимальных отделах с выраженными атрофиями, болевой синдром не характерен.

Ранняя диагностика и проведенное своевременно комплексное лечение позволяет полностью восстановить двигательные функции при острой воспалительной полирадикулонейропатии.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

*Пыrkова С.А., Баранова В.А., Щобак К.Н.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Проблема острого среднего отита (ОСО) сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. По данным зарубежных авторов, к 3-летнему возрасту у 71 % детей регистрируется, по крайней мере, 1 эпизод ОСО, а к 7 годам – у 95 %. Российскими учеными было показано, что 3 % детей на первом году хотя бы один раз болеют ОСО, а к 5 годам – 20 %.

ОСО является одним из частых воспаленных заболеваний у детей младшего и среднего возраста. При этом среди всех заболеваний уха средние отиты составляют около половины, а у детей их количество приближается к 75%. Следует отметить, что у новорожденных ОСО встречается значительно реже, как правило, протекает в катаральной форме, преимущественно вызывается грамотрицательными микроорганизмами (*Enterococcus*, *E.coli*, *K.pneumoniae*, *P.mirabilis*) и *S.Aureus* и приводит к развитию различного рода осложнений. Подобная тенденция может быть обусловлена объективными трудностями в диагностике этого заболевания. Высокую частоту встречаемости ОСО в детском возрасте можно объяснить возрастной иммунной незрелостью, анатомо-физиологическими особенностями строения среднего уха, широким сообщением с носоглоткой за счет физиологического зияния слуховой трубы, открывающей широкий доступ инфекции носоглотки в среднее ухо. Барабанная полость детей раннего возраста заполнена особой, так называемой миксоидной, тканью – это студенистая, рыхлая эмбриональная соединительная ткань, являющаяся благоприятной почвой для развития инфекционного процесса. Возрастная иммунная незрелость структур системы врожденного иммунитета предопределяет склонность к вирусным инфекциям особенно у часто болеющих детей, для которых характерна недостаточность одновременно в 2-3-х ведущих звеньях иммунитета.

Склонность к развитию воспалительных заболеваний среднего уха обусловлена анатомическими особенностями евстахиевых труб (более короткие и широкие, чем у взрослых), которые создают благоприятные условия для распространения инфекционного процесса из носоглотки в барабанную полость. Определенную роль в развитии ОСО также играют неспособность ребенка самостоятельно опорожнять нос от накопившейся слизи и наличие аденоидных вегетаций (гипертрофические изменения лимфоидной ткани носоглотки), в которых нередко обнаруживаются стрептококки и гемофильная палочка.

Дети, посещающие детские коллективы, постоянно контактируют с инфекционными агентами друг друга. Для одного ребенка конкретный возбудитель может быть условно патогенным и не вызывать заболевания, а для другого он может оказаться вирулентным, агрессивным и вызвать воспаление верхних дыхательных путей, откуда процесс, возможно, перейдет на среднее ухо.

Как правило, ОСО развивается на фоне респираторной вирусной инфекции. Кроме того, эти инфекции не только ослабляют иммунитет, но и приводят к морфологическим изменениям слизистой оболочки дыхательных путей, снижая ее невосприимчивость (резистентность) к потенциально опасной (патогенной) микрофлоре.

Цель настоящего исследования – выявить значение проведения профилактических мероприятий по развитию ОСО у детей с уже имеющимися первыми симптомами острой вирусной инфекции.

Пациенты и методы: В исследование были включены 467 детей с ОРВИ, у которых в анамнезе осложнения ОСО, обоего пола в возрасте с рождения до 7 лет с диагнозом острой вирусной инфекцией за 2015 г., рандомизированных на 2 группы. В первую контрольную группу вошли 235 детей, следующих возрастных групп: до 1года – 23, с 1года до 3 лет – 124, с 3лет до 7лет – 88. При первичном обращении, помимо назначаемого лечения по стандарту ОРВИ, им были проведены профилактические мероприятия по развитию ОСО, включающие: обучение проведения туалета носа и правильного высмаркивания; обязательное назначения в первые 3дня сосудосуживающих средств в форме капель, использование которых сопровождается поворотом головы; использование эндоназальных антисептиков (2% раствора протеината серебра) в течение 7дней; выдача памятки на руки родителям. Памятка имела рекомендации, включающие:

1. профилактику острого среднего отита у детей на фоне ОРЗ;
2. ирригационную терапию полости носа .

### **ЧИСТЫЙ НОСИК – ЗДОРОВЫЕ УШКИ!!!**

Во второй группе 232 ребенка следующих возрастных групп: до 1года – 12, с 1года до 3лет – 113, с 3лет до 7лет – 107, которым при первичном обращении было назначено лечение по стандарту.

Критерием включения детей в группы было острое начало респираторной вирусной инфекции. Все дети наблюдались на 3-й, 5-й день заболевания и по выздоровлению.

Результаты: В контрольной группе ОСО развился у 8 детей (3,4%): с 1года до 3лет – 3(2,4%), с 3лет до 7лет – 5(5,7%), во второй группе ОСО заболело 29 детей (12,5%), что в 3,7 раз больше чем в контрольной группе: до 1 года – 2(16,7%), с 1года до 3лет -10(8,8%), с 3лет до 7лет – 17(15,9%).

**Вывод.** Активные профилактические мероприятия, включающие в себя: разработку памятки по профилактике острого среднего отита у детей на фоне ОРЗ, обучение ирригационной терапии полости носа и проведение санитарной просветительной работы с родителями, снижают риск развитие ОСО у детей при острой вирусной инфекции более чем в 2 раза.

# ИНФИЦИРОВАННОСТЬ АТИПИЧНЫМИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Пыrkова С.А., Кирьякова Н.Н., Немальцева О.И.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

**Актуальность:** Триггерные факторы, усугубляющие риск развития бронхиальной астмы, среди которых особое место занимают инфекционные агенты, в настоящее время привлекают внимание и активно изучаются.

**Цель:** Изучение частоты выявления маркеров микоплазменной и хламидийной инфекции у детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой в педиатрическом отделении ГБУЗ СО «СГКП № 15».

**Материалы и методы:** Проведен анализ 45 амбулаторных карт детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой (27 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 3 до 17 лет.

Преобладали пациенты с легкой степенью бронхиальной астмы 24– 53% и 21 -47% со среднетяжелой формой. Из 45 больных бронхиальной астмой инфицированными атипичными внутриклеточными возбудителями оказались 28 (62%) детей. У 13 (28%) выявлен повышенный титр специфических JgM – антител: к *Chlamydia trachomatis* у 6 (13%), к *Mycoplasma pneumonia* у 7 (15%). Повышенный титр JgG – антиел к лейкоплазмам и хламидиям обнаружен у 15(33%). Повышенные титры JgG – антител к *Mycoplasma pneumonia* встречались у пациентов с бронхиальной астмой наиболее часто 10(22%) и реже определялись к другим возбудителям. Число больных бронхиальной астмой, инфицированных *Mycoplasma pneumonia*, с учетом выявления диагностических титров JgM и JgG – антител составило 17(37%).

Повышенные титры JgG – антител к *Chlamydia trachomatis* имел один ребёнок - 2%, к *Chlamydia pneumonia* – 4 ребёнка (8%). В целом инфицированными хламидиями, учитывая наличие диагностических титров JgM и JgG – антител, оказались 10 пациентов с бронхиальной астмой (22%). У двух детей – 4% были обнаружены высокие титры специфических JgG – антител к *Chlamydia pneumonia* и *Mycoplasma pneumonia*.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой степени инфицированности детей с бронхиальной астмой *Mycoplasma pneumonia* и несколько меньшей степени *Chlamydia pneumonia* – возбудителями оппортунистических инфекций, имеющих тропность к эпителию бронхиального дерева и альвеол. Уровень специфических антител к исследуемым возбудителям не зависел от возраста ребёнка, формы и периода бронхиальной астмы, продолжительности болезни.

**Выводы.** Выявление высокой частоты инфицированности детей с бронхиальной астмой возбудителями оппортунистических инфекций подтверждает наличие у детей с бронхиальной астмой иммунной недостаточности, которая требует проведения иммунокоррекции и иммунореабилитации.

При наличии показаний для антибактериальной терапии необходимо делать выбор в пользу современных макролидов. (азитромицин, рокситромицин, макропен, ровамицин) и отказаться от использования препаратов пенициллинового ряда и цефалоспоринов, которые помимо слабой эффективности, индуцируют возникновение L-форм бактерий (в частности, L-форм хламидий).

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Пыrkova C.A., Рябова Н.В. А, Липатова Л.Д.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Пневмококковая инфекция - очень серьезная проблема современной медицины. Только в США от инвазивных пневмококковых инфекций умирает 5000 человек ежегодно. Наибольшему риску инвазивной пневмококковой инфекции подвержены дети первых двух лет жизни.

Пневмококковая инфекция — комплекс заболеваний, вызываемых бактерией Streptococcus pneumoniae (пневмококк). Это пневмококковая пневмония (до 70 % от всех пневмоний), острый средний отит (около 25 % от всех отитов), гнойный пневмококковый менингит (5-15 % всех бактериальных менингитов), эндокардиты (около 3 %), плевриты, артриты.

Пневмококковая инфекция, как правило, является осложнением других инфекций — примером этого являются пневмококковая пневмония после перенесенного гриппа, воспаления среднего уха (отит) у детей, после или на фоне любой респираторной вирусной инфекции.

Возбудитель пневмококковой пневмонии, Streptococcus pneumoniae, является представителем нормальной микрофлоры верхних дыхательных путей человека. В норме носителями одного или нескольких типов пневмококков являются от 5 до 70 % людей. У «организованных» (проживающих или находящихся в коллективах) детей и взрослых уровень носительства максимален. К настоящему времени выделено более 90 различных серотипов (иммунологических вариантов) пневмококков, все они потенциально патогенны, тяжелые инфекции вызывают примерно два десятка из них.

Самая высокая заболеваемость тяжелыми пневмококковыми инфекциями регистрируется у детей в возрасте до 5 лет и среди пожилых людей (старше 65 лет). Именно в этих возрастных группах, грипп и пневмонии занимают первое место как причина смерти среди всех инфекций и 5-е место среди всех причин смерти. В РФ на внебольничную пневмококковую пневмонию приходится от 15 до 76 % этиологически расшифрованных случаев у взрослых и до 94 % — у детей.

Острый средний отит (ОСО) является первой причиной назначения антибиотиков у детей в возрасте до 4 лет. Практически каждый ребенок до возраста 5 лет один или больше раз переносит ОСО. Согласно статистике

США, пневмококковый отит является самой частой причиной снижения слуха у детей и высокая гипертермия с неблагоприятным прогнозом чаще у детей, не привитых против пневмококковой инфекции.

Лучшим способом профилактики пневмококковой инфекции является вакцинация. В настоящее время доступны два типа пневмококковых вакцин:

- конъюгированная вакцина, которая рекомендуется для всех детей младше 5 лет - (Превенар 13 или Синфлорикс) защищает от 86% видов пневмококка, вызывающих сепсис у детей, и 83% видов пневмококка, вызывающих менингит у детей.
- полисахаридная вакцина, которая рекомендуется для всех взрослых с 65 лет и старше, а также для пациентов старше двух лет, имеющих определенные сопутствующие заболевания, увеличивающие риск пневмококковой инфекции - (Пневмо 23) защищает от 23 наиболее распространенных типов пневмококка и способна предотвратить до 90% всех случаев пневмококковой инфекции у детей и взрослых людей.

Позиция Всемирной Организации Здравоохранения по вакцинации от пневмококковой инфекции такова:

- Имеющиеся в настоящее время вакцины против пневмококка безопасны и эффективны, представляет собой значительный прогресс в борьбе с заболеваемостью и смертностью от пневмококковой инфекции в перспективе, особенно в развивающихся странах
- Пневмококковую инфекцию можно предотвратить у взрослых и детей, с помощью введения двух видов безопасных и эффективных вакцин: конъюгированной вакцины для детей в возрасте до 5 лет, или полисахаридной вакцины для детей старше 2 лет, и взрослых.
- Около 20% взрослого населения планеты находится в группе высокого риска пневмококковой инфекции и должны получить вакцину для снижения этого риска.

В детском отделении вакцинацию вакциной «Пневмо23» проводили в порядке альтернативной вакцинацией с 2006 г. Прививали детей, страдающих частыми острыми респираторными инфекциями (ОРИ), обструктивными бронхитами, с гиперактивностью бронхов, с риском развития бронхиальной астмы, рецидивирующими синуситами. Все дети были в возрасте от 3 до 14 лет. В течение года прививалось от 50 до 60 детей, значительной иммунной прослойки данная вакцинация не создала. В результате вакцинации у привитых детей было отмечено существенное снижение частоты и тяжести течения заболеваемости, что дало возможность уменьшить объем антибактериальной терапии у каждого ребенка.

С 2014 г. в детском отделении началась иммунизация против пневмококковой инфекции детей с 2-мес. возраста вакциной «Превенар13», во исполнение приказа МЗ РФ от 21.03.2014 г. №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». Прививки проводили по следующей схеме: в 2 мес.- первая вакцинация, в 4 месяца или в 7

месяцев (после законченной вакцинации против дифтерии – столбняка - коклюша) - вторая, законченная вакцинация, в 15 месяцев - ревакцинация.

В 2014 г.- получили законченную иммунизацию дети первого года жизни — 63 ребенка. В 2015 г. иммунизация проводилась в полном объеме, привитость против пневмококковой инфекции детей до 1 года составила 75%, получили законченную вакцинацию 605 детей, привитость до 2-х лет- 85%, получили ревакцинацию- 692 ребенка.

Клинический эффект вакцинации детей первого и второго года жизни оценивали по частоте ОРИ, острых средних отитов (ОСО) в данных возрастных группах, тяжесть течения по количеству оказания неотложной помощи при высокой гипертермии.

Показатель заболеваемости ОРИ в 2014 г. в возрастной группе с 0 - до 1 года 481,3‰, в 2015г.-327,1 ‰, снижение заболеваемости - на 32%. В возрастной группе с 1г-до 2-х лет произошло снижение заболеваемости - на 10%, с 876,7‰ в 2014 г. до 782,8‰ в 2015г.

Снижение заболеваемости острыми отитами (ОСО) в возрасте до 1года не отмечено из-за «малых цифр», всего зарегистрировано ОСО в 2014 г.-1 случай, в 2015 г.-3 случая. Снижение заболеваемости ОСО в возрасте с 1г - до 2-х лет на 29%, с 44,02‰ в 2014 г. до 31,01‰ в 2015 г.

Отмечено значительное снижение оказания неотложной помощи (НП) при гипертермии у детей в возрасте с 0 до 1 года на 51%. В 2014 г. оказано 91 случай НП из 388 ОРИ-23%, в 2015 г. - 16%, на 264 случая ОРИ — 44 оказания неотложной помощи.

При проведении иммунизации против пневмококковой инфекции были зарегистрированы только местные реакции: покраснение до 2см, уплотнение/отек и болезненность в месте инъекции у 18 детей -1% от всех привитых в 2015 г., из них - 8 детей (44%) были старше года и получали ревакцинацию. Все реакции соответствовали описанным случаям в инструкции по применению вакцины, прошли самостоятельно

Таким образом, отмечена высокая эффективность и безопасность при иммунизации против пневмококковой инфекции вакциной Превенар13, что проявляется в снижении, частоты и тяжести заболеваний ОРИ и средних отитов у детей раннего возраста.

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ АПРОБАЦИИ МОДУЛЯТОРОВ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ МАТКИ**

***Россинская В.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Гордеева Е.В.,  
Бренерова О.В., Жернакова Е.В., Дорожкин В.К.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»*

Проблема оперированной матки в настоящее время вышла за пределы оперативного акушерства в связи с тем, что ведет к росту гинекологической и акушерской патологии, а также в связи с актуальностью вопроса консервативного родоразрешения у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения [1-4]. Из-за сложившейся ситуации возникает необходимость контроля репаративных процессов матки в раннем послеоперационном периоде. В настоящее время это достигается следующими путями: заменой мультифиламентной кетгутовой нити на монофиламентную синтетическую; заменой многорядности ушивания на однорядный шов; рациональным и персонифицированным ведением предоперационного и послеоперационного периодов; профилактикой адгезивного процесса брюшной полости [5-8].

Одним из путей оптимизации репаративной регенерации рубца на матке и профилактики послеоперационных внутрибрюшных спаек может быть использование коллагенсодержащих материалов и интраоперационное применение препаратов, обладающих антиадгезивным действием.

Целью исследования явилось: выяснить в эксперименте влияние коллагенсодержащего препарата «Комбутек –2» на репаративную регенерацию послеродовой матки и влияние препарата «Куриозин» на появление послеоперационных внутрибрюшных спаек.

Эксперимент проведен на 134 белых лабораторных крысах линии Вистар в послеродовом периоде. При работе с животными были учтены их права и соблюдены правила проведения экспериментов над лабораторными животными.

На первом этапе исследования была создана экспериментальная модель. Критерием модели была выбрана ишемия матки, созданная путем перевязывания маточных артерий, тем самым создавались условия, препятствующие формированию полноценного рубца. Для оценки влияния препаратов «Комбутек-2» и «Куриозин» были проведены 5 серий опытов: первая серия опытов была представлена 25 лабораторными крысами, ушивание матки которым проводилось синтетической нитью без применения препаратов «Комбутек-2» и «Куриозин»; во второй серии опытов было задействовано 30 крыс, ушивание матки которым проводилось синтетической нитью с применением коллагенсодержащего препарата «Комбутек-2», но без применения «Куриозина», в третьей серии опытов было задействовано 25 крыс, ушивание матки которым проводилось синтетической нитью без применения «Комбутака-2», но с применением антиадгезивного препарата «Куриозин»; четвертая группа представлена 30 лабораторными крысами, ушивание матки которым проводилось синтетической нитью с применением препаратов «Комбутек-2» и «Куриозин»; контрольная группа представлена 14 лабораторными крысами, которым ушивание разреза на матке проводилось синтетической нитью без предварительной перевязки маточных сосудов и без использования изучаемых препаратов.

Животные выводились из эксперимента передозировкой наркоза на 3-и и на 10-е сутки послеоперационного периода. Проводилась ревизия органов брюшной полости с определением степени спаечного процесса по А.А.

Воробьеву с соавт. (2002). В работе использовались общеморфологические методы исследования с изучением клеточной заселенности, иммуногистохимическое типирование коллагена, метод вариационной статистики и математического моделирования.

Полученные в результате эксперимента данные свидетельствуют о достоверном положительном влиянии коллагенсодержащих материалов на репаративную регенерацию ткани послеродовой матки и об антиадгезивном действии куриозина, что способствует профилактике формирования неполноценного рубца и спаечного процесса органов брюшной полости, а при совместном использовании препаратов их эффекты суммируются.

На основании проделанной работы сделаны выводы о том, что созданная экспериментальная модель может быть полезной при изучении воздействия лекарственных средств на репаративную регенерацию ткани матки, интраоперационное использование коллагенсодержащих материалов и препаратов с антиадгезивным эффектом способствует оптимизации репаративной регенерации послеродовой матки, что позволяет рекомендовать дальнейшее их изучение в клинике.

Литература:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Фролова Н.А. и др. Сравнительная оценка эффективности методов превентивной монотерапии преэклампсии у беременных группы высокого риска // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1471-1474.
2. Овчинникова М.А., Санталова Г.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Состояние здоровья детей от герпесинфицированных матерей, получавших противорецидивную терапию // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 351-356.
3. Рябова С.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты клинической апробации комплексной балльной шкалы оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 371-375.
4. Фролова Н.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Обоснование выбора ангиопротектора диосмина в качестве профилактического агента преэклампсии // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 398-403.
5. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Зубковская Е.В. и др. Биомодулирующие механизмы действия видимого и инфракрасного поляризованного света // Вестник Самарского государственного университета. – 2006. - №9 (49). – С. 109-122.
6. Кравченко Ю.Л., Липатов И.С., Данилова Н.Н. и др. Аспекты профилактики социальных и экологических факторов риска перинатальной смертности в условиях городской клинической больницы крупного промышленного города // Человек и Вселенная. - 2006. - Т.56, №3. - С. 119-132.
7. Липатов И.С. Патогенез, диагностика и профилактика сосудистых нарушений на раннем этапе формирования патологической беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1996.- 46 с.
8. Липатов И.С., Санталова Г.В., Тезиков Ю.В. и др. Применение антигомотоксической терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Том.8, №1. VNMT: [www/medtsu.tula.ru/Bulletin/E2014-1/00.html](http://www/medtsu.tula.ru/Bulletin/E2014-1/00.html). -п.л.9.

# СОЧЕТАНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И СИНДРОМА WPW У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Рубаненко О.А.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Легочная тромбоэмболия (ТЭЛА) всегда начинается с развития тромбоза или тромбофлебита, чаще – в глубоких венах нижних конечностей или тазовой области. Три основных фактора предрасполагают к тромбообразованию, образующих так называемую триаду Вирхова. Причиной возникновения могут быть наследственные факторы (дефицит антитромбина III, дефицит протеина С, недостаточность протеина S, пятый фактор Лейдена). Долгосрочное применение антикоагулянтов имеет решающее значение для предотвращения рецидива ТЭЛА, поскольку даже у пациентов, принимающих препараты, заболевание часто рецидивирует.

Пароксизмальные тахикардии при синдроме WPW часто возникают в детском возрасте, но могут впервые развиваться у взрослых. Начавшись в детстве, аритмия способна на время исчезнуть, затем она рецидивирует. Если в возрасте старше 5 лет приступы тахикардии не прекратились, вероятность их продолжения в будущем составляет 75%.

Во время приступа тахикардии возможны различные симптомы - от незначительного дискомфорта в грудной клетке, сердцебиения, головокружения до предобморочного состояния или потери сознания, тяжёлых нарушений гемодинамики и остановки сердца.

Признаки предвозбуждения желудочков могут быть выявлены при случайной регистрации ЭКГ, у лиц без нарушений ритма (феномен WPW). Синдром WPW не имеет характерных физикальных признаков, кроме симптомов, связанных с тахиаритмиями. У лиц молодого возраста симптоматика может быть минимальной даже при высокой частоте сокращений сердца. В других случаях во время приступа отмечается похолодание конечностей, потливость, гипотензия, могут появляться признаки застоя в лёгких, особенно при сопутствующих дефектах сердца – врождённых или приобретенных.

Мы представляем клинический случай сочетания ТЭЛА и синдрома WPW у пациента молодого возраста. Хирургическая тактика ведения больного с синдромом WPW была отсрочена ввиду возникновения ТЭЛА с последующим рецидивом заболевания. Проводился подбор антикоагулянтной терапии. Учитывая данные КТ органов грудной клетки, пациенту потребовалась хирургическая коррекция патологии, что в последующем создало условия для оперативного вмешательства по поводу дополнительного предсердно-желудочкового соединения (ДПЖС).

Пациент Б., 26 лет, поступил в СОККД 14.01.2016 г. с жалобами на приступы учащенного сердцебиения до 180 в минуту, ощущение перебоев в работе сердца, возникающие при физической и нервно-эмоциональной перегрузке, длительностью до нескольких часов, с частотой несколько раз в год, купирующиеся самостоятельно вагусными пробами; головокружение, потемнение в глазах, тошноту, дрожь на фоне приступа сердцебиения, одышку при физической нагрузке (подъем на 4 этаж), купирующуюся в покое.

Из истории настоящего заболевания: синдром WPW выявлен 2 года назад. От оперативного лечения в тот момент было решено воздержаться в связи с возникшей ТЭЛА. В сентябре 2014 г. стал отмечать появление одышки с нарастанием в течение 2 дней. Госпитализирован в СОККД. На эхокардиограмме давление в правом желудочке – 75 мм рт. ст., недостаточность трикуспидального клапана 2-3 степени. Уровень Д-димера – 4,0 нг/мл. Диагностированы: «Варикозная болезнь нижних конечностей, в стадии компенсации. Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности. Хроническая венозная недостаточность».

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастированием легочной артерии выявлена окклюзия основного ствола правой легочной артерии. Пациенту назначен варфарин с достижением целевого уровня МНО 2,0-3,0. В мае 2015 г. отмечался рецидив ТЭЛА. При дообследовании выявлена гематогенная тромбофилия, носительство генов мутаций тромбофилия F 13. Назначен ривароксабан по схеме: 15 мг 2 раза в день 3 недели, далее по 20мг 1 раз в день.

Пациент направлен в Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина. Пациенту проведена операция: «Тромбэндартерэктомия из легочной артерии. Установка кава-фильтра в нижнюю полую вену» 24.06.2015 г. Биопсия легкого 02.07.2015 г. Назначен варфарин.

Со слов больного 30.12.2015 г. после взятия крови из вены на МНО левой верхней конечности (в ГБУЗ СО «СОКБ им. В. Д. Середавина») возникла острая боль, которая сохраняется до настоящего времени. УЗИ 04.01.2015г – тромбофлебит левой верхней конечности (со слов мамы). МНО от 30.12.15 - 2.03.

Ухудшение 07.01.2016г в 22-00 при ходьбе в туалет возникло сердцебиение, головокружение, одышка инспираторного характера, жгучая боль в прекардиальной области. Вызвана СМП, снята ЭКГ, введен р-р гепарина 4 тыс ЕД, трамадола 2 мл внутривенно. Доставлен в СОККД с диагнозом: «Острый коронарный синдром без подъема ST». Госпитализирован в ОАРИТ. Пароксизм был купирован, пациент переведен в кардиологическое отделение, рекомендовано оперативное лечение РЧА дополнительного предсердно-желудочкового соединения (ДПЖС). По данным ЭКГ – ЧСС - 70 уд. в мин., дельта-волна во всех отведениях. PQ - 10 мс, QRS 115 - мс.

14.01.2016 г. проведено оперативное лечение: эндокардиальное электрофизиологическое исследование сердца и радиочастотная абляция ДПЖС. Описание процедуры: выполнена пункция v. subclavia слева, a. femoralis справа. Через интродьюсер 6F в устье коронарного синуса установлен 10-типолюсный электрод Response, через интродьюсер 7F трансаортально в ЛЖ установлен абляционный /картирующий электрод MarinR MC.

Антеградная программа: АЭРП ДПЖС - 280 мс. Ретроградная программа: РЭРП ДПЖС - 600 мс. Минимальный AV, VA интервалы в левой передней области.

Заключение: Манифестный синдром WPW, левой передней локализации.

Абляционным электродом Marin R MC выполнены РЧА-воздействия (60\*, 45 Ватт, 60 сек.) в левой боковой области на синусовом ритме, проведение по ДПЖС устранено.

Пациент продолжил прием варфарина, в течение 11 дней подбиралось МНО, которое с 1,24 возросло до 1,82. Пациент выписан с рекомендацией продолжить прием варфарина 2,5 мг 4+1/2 таб. в 19.00 с контролем МНО 1 раз неделю.

Таким образом, диагноз больного можно сформулировать следующим образом.

#### **Основное заболевание.**

1. Манифестный синдром WPW. Пароксизм наджелудочковой тахикардии от 07.01.2015 г., купирован самостоятельно.
2. Гематогенная тромбофилия, носительство генов мутации тромбофилии F13. Перенесенная ТЭЛА (04.2014г., 05.2014г., 02.2015г.). Состояние после установки кава-фильтра в нижнюю полую вену 24.06.2015г., тромбэктомии из легочной артерии, биопсии легкого от 02.07.2015г. Хроническое легочное сердце, стадия компенсации.
3. Состояние послеоперативного лечения «Эндокардиальное электрофизиологическое исследование сердца и радиочастотная абляция ДПЖС» от 14.01.2016г.

**Осложнение:** Н<sub>1</sub>, NYHA II ф.кл. Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности. ДН I. Хроническая венозная недостаточность.

**Сопутствующие:** Варикозная болезнь нижних конечностей. Проплап митрального клапана с недостаточностью 1 степени. Хронический гастрит, вне обострения.

Таким образом, представленный клинический случай сочетания тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) и синдрома WPW у пациента молодого возраста свидетельствует о том, в таких случаях больной должен госпитализироваться в специализированные кардиологические учреждения.

Использование современной диагностической тактики предусматривает проведение компьютерной томографии органов грудной клетки, с помощью которой выявлена окклюзия основного ствола легочной артерии.

В виду возникновения ТЭЛА с последующим рецидивом заболевания радиочастотная абляция при синдроме WPW была отсрочена. Учитывая

неэффективность терапии варфарином, он заменен на антикоагулянт последнего поколения - ривароксабан.

Кроме того, пациенту потребовалась установка кава-фильтра в нижнюю полую вену, тромбэктомия из легочной артерии, что способствовало стабилизации состояния и в последующем создало условия для оперативного вмешательства по поводу дополнительного предсердно-желудочкового соединения.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СОЕДИНЕНИЯ**

***Рубаненко О.А., Фатенков О.В., Гаглыева И.В.,  
Симерзин В.В., Поляков В.П., Кириченко Н.А.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

В настоящий момент имеются данные о том, что лечение статинами позволяет предотвратить прогрессирование атеросклероза артерий брахиоцефального соединения (БЦС) (Fleg J.L., Mete M., Howard B.V., et al. – 2008; Underhill H.R., Yuan C., Zhao X.Q., et al. 2008). Более того, исследования последних лет показали, что статины способны приводить к регрессу имеющихся атеросклеротических поражений СА (Парфенов В.А., 2006; Switzer J.A., 2006; Vasić D., Radmili O., Davidović L., Vraneš M., 2012). С одной стороны, это снижает риск развития ишемического инсульта, с другой стороны, у ряда пациентов медикаментозная терапия статинами может стать альтернативой хирургическому лечению (Bucher, H.C., Hengstler P., Schindler C., Guyatt G.H., 2000). Таким образом, определение и оценка клинического эффекта различных статинов на динамику атеросклеротического поражения артерий БЦС является актуальной задачей клинической фармакологии, кардиологии и неврологии.

**Цель исследования.** Оценить морфоструктурные изменения артерий брахиоцефального соединения у больных ИБС в ходе дифференцированной терапии статинами.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 152 пациента с ИБС, средний возраст которых составил  $47,5 \pm 6,7$  лет.

**Критерии включения:** документированная ИБС (стабильная стенокардия напряжения, перенесенный инфаркт миокарда, острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСБП ST)), информированное согласие пациента на исследование.

**Критерии исключения:** возраст старше 70 лет, пациенты с тромбоэмболией легочной артерии, пороками сердца в стадии декомпенсации, тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, тяжелой сердечной недостаточностью (ХСН III стадии, IV ФК. по классификации ОССН), почечной и печеночной недостаточностью, коагулопатией, имеющие психические заболевания.

**Клиническая характеристика больных.** Все пациенты в зависимости от уровня ОХС, ХС ЛНП и проводимого лечения были разделены на три группы:

I группа – пациенты с оптимальным уровнем ОХС (<5,0 ммоль/л) и ХС ЛНП (<3,0 ммоль/л) (51 человек), получающие симвастатин (Зокор, MSD) в начальной дозе 40 мг/сутки (средняя доза составила 52 мг/сут).

II группа – пациенты с умеренно повышенным уровнем ОХС (5,0-5,9 ммоль/л) и ХС ЛНП (3,0-3,9 ммоль/л) (52 человека), получающие аторвастатин (Липримар, Pfizer) в начальной дозе 40 мг/сутки (средняя доза составила 55 мг/сут).

III группа - пациенты с высоким уровнем ОХС ( $\geq 6,0$  ммоль/л) и ХС ЛНП ( $\geq 4,0$  ммоль/л) (49 человек), получающие розувастатин (Крестор, Astra Zeneca) в начальной дозе 20 мг/сут (средняя доза составила 24 мг/сут).

В подборе препарата мы руководствовались данными рекомендаций Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) (2002), а также Российскими рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2012) о сравнительной эффективности статинов в зависимости от дозы и степени снижения уровня ХС ЛНП (Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults) (Adult Treatment Panel III), 2002. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (V пересмотр). Российский кардиологический журнал. Приложение 1. - 2012. - № 4(96). - 32 с.).

Для выявления характера и степени выраженности поражения атеросклерозом экстракраниальных отделов БЦС (общие (ОСА), внутренние (ВСА), наружные сонные артерии, позвоночные, подключичные артерии (ПКА)) использовали ультразвуковое триплексное сканирование. Исследование проводилось на ультразвуковых сканерах Logiq – 5;7 (США) мультисекторным линейным датчиком 4-10 МГц и мультисекторным конвексным датчиком 2,5-5 МГц. Степень стеноза рассчитывали по формуле European Carotid Surgery Trial (ECST, 1991). Распределение пациентов в зависимости от выявленной степени стеноза проводилось по классификации, принятой на конференции Американской ассоциации кардиологов в 1993 году в Парк Лейк Сити (США, штат Юта). Согласно этой классификации были описаны следующие степени стеноза артерий: малые (0-29%), умеренные (30-50%), выраженные (50-69%), критические (70-99%), окклюзия (100%).

Ультразвуковая характеристика структуры атеросклеротических бляшек проводилась по классификации НЦССХ им. Бакулева РАМН (2001), согласно которой: 0 – эхонегативная бляшка; I – гипоэхогенная гомогенная; II – гетерогенная с преобладанием гипоэхогенного компонента; III - гетерогенная с преобладанием гиперэхогенного компонента; IV – гиперэхогенная гомогенная (Лищук, В.А., 2001).

В работе для оценки степени атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов БЦС рассчитывалась площадь поперечного сечения просвета сосуда по формуле:  $S = \pi D^2 / 4$  (мм<sup>2</sup>), где S, мм<sup>2</sup> – площадь

поперечного сечения просвета сосуда; D, мм – диаметр просвета сосуда с учетом утолщения КИМ или наличия бляшки.

### **Полученные результаты.**

Всем больным, с целью изучения влияния статинов на степень атеросклеротического поражения артерий БЦС нами проведено УЗДГ исследование с триплексным сканированием до лечения и через 24 недели на фоне терапии статинами.

У пациентов I группы поражение атеросклерозом чаще отмечалось в ОСА, одинаково выраженное с обеих сторон. На фоне терапии симвастатином наибольшие изменения в плане регресса и стабилизации атеросклеротических бляшек отмечены в проекции ВСА справа и ПКА. В 69 случаях в ходе лечения наблюдается уменьшение и стабилизация атеросклеротических бляшек, в 23 случаях – толщины КИМ. У 8 пациентов на фоне лечения отмечен регресс двух ранее визуализированных бляшек.

У пациентов II группы по данным триплексного сканирования атеросклеротические бляшки в правой ОСА обнаружены у 33 пациентов ( $S=27,6\pm 10,2$  мм<sup>2</sup>), утолщение КИМ от 1,1 до 1,3 мм у 3 пациентов ( $S=69,4\pm 4,2$  мм<sup>2</sup>). Через 24 недели на фоне приема аторвастатина у 9 пациентов наблюдался регресс атеросклеротической бляшки ( $S$  в среднем увеличилась на 21,4%). Увеличение степени стеноза за счет увеличения размера бляшки отмечено у 5 пациентов ( $S$  уменьшилась на 22%). Стабилизация процесса отмечена у 22 пациентов. Таким образом, площадь поперечного сечения просвета ОСА справа на фоне терапии в среднем увеличилась на 3,2% ( $p=0,33$ ).

У пациентов II группы атеросклеротическое поражение чаще отмечалось в ОСА, одинаково выраженное с обеих сторон. В ходе лечения аторвастатином наибольшие изменения в плане регресса и стабилизации атеросклеротических бляшек отмечены в проекции ВСА справа, ВСА слева и ОСА слева. В 118 случаях на фоне терапии наблюдается уменьшение и стабилизация атеросклеротических бляшек, в 5 случаях – толщины КИМ. У 7 пациентов на фоне лечения отмечен регресс двух ранее визуализированных бляшек, у 3 пациентов – трех бляшек, у 3 пациентов – стабилизация двух бляшек, у 1 больного – стабилизация трех бляшек, у 2 пациентов – четырех бляшек.

У пациентов III группы по данным триплексного сканирования до лечения атеросклеротические бляшки в правой ОСА обнаружены у 36 пациентов ( $S=26,6\pm 13,1$  мм<sup>2</sup>). Через 24 недели на фоне приема розувастатина у 11 пациентов наблюдался регресс атеросклеротической бляшки ( $S$  в среднем увеличилась на 32,4%). Увеличение степени стеноза за счет увеличения размера бляшки отмечено у 7 пациентов ( $S$  в среднем уменьшилась на 29,4%). Стабилизация процесса отмечена у 18 пациентов. Таким образом, площадь поперечного сечения просвета ОСА справа на фоне терапии в среднем увеличилась на 3,2% ( $p=0,33$ ).

У пациентов III группы атеросклеротическое поражение чаще отмечалось в ОСА, одинаково выраженное с обеих сторон. В ходе лечения розувастатином наибольшие изменения в плане регресса и стабилизации атеросклеротических бляшек отмечены в проекции ВСА справа, ОСА слева и ПКА. В 111 случаях на

фоне терапии наблюдается уменьшение и стабилизация атеросклеротических бляшек, в 4 случае – толщины КИМ. У 9 пациентов на фоне лечения отмечен регресс двух ранее визуализированных бляшек, у 5 пациентов – трех бляшек, у 1 пациента – пяти бляшек, у 17 пациентов – стабилизация двух бляшек.

В результате 24 – недельной терапии статинами не было зарегистрировано ни одного случая ОНМК. Среди пациентов зарегистрирован один смертельный случай от ССЗ, смерть наступила через 22 недели с момента включения в исследование в результате ИМ с зубцом Q. У 15 пациентов отмечалось увеличение функционального класса стабильной стенокардии напряжения. Прогрессирование сердечной недостаточности выявлено у 28 пациентов. У 19 больных отмечалось уменьшение функционального класса стабильной стенокардии напряжения и повышение толерантности к физической нагрузке.

**Обсуждение результатов.** Результаты исследования показали, что в III-й группе больных, принимавших розувастатин в средней дозе 24 мг/сутки, был достигнут регресс каротидного атеросклероза, выразившийся в достоверном увеличении площади поперечного сечения ВСА справа на 21,6% ( $p=0,005$ ). Во II-й группе больных, принимавших аторвастатин в средней дозе 55 мг/сутки, происходило достоверное увеличение просвета ВСА слева на 25,6% через 24 недели терапии ( $p=0,01$ ).

В I-й группе пациентов терапия симвастатином в средней дозе 52 мг/сут не сопровождалась достоверным регрессом каротидного атеросклероза. В тоже время назначение аторвастатина в средней дозе 55 мг/сут и применение розувастатина в средней дозе 24 мг/сут позволило добиться уменьшения выраженности каротидного атеросклероза в течение 24 недель терапии. Эти результаты согласуются с данными полученными другими авторами (Белоусов Ю.Б, Леонова М.В., Смирнова Е.П. с соавт., 2007; Riccioni G, Scotti L, Di Ilio E et al., 2012; Lind L, Peters SA, den Ruijter HM., 2012; Смирнова, Е.П., 2011). В работе О.В. Куниной (2009) приводятся данные о том, что применение аторвастатина в дозе 10 мг/сут в течение 2-х лет приводит к стабилизации атероматозного процесса в сонных артериях, отсутствию отрицательной динамики когнитивных функций головного мозга, к достоверному снижению частоты возникновения нарушений мозгового кровообращения, что подтверждается в нашем исследовании.

**Выводы.** Симвастатин, аторвастатин и розувастатин могут использоваться в лечении пациентов с каротидным атеросклерозом в зависимости от исходного уровня липидов крови. В ходе дифференцированной терапии статинами отмечается стабилизация и, в некоторых случаях, регресс атеросклеротического поражения по показателям площади поперечного сечения просвета артерий брахиоцефального ствола и толщине комплекса «интима-медиа».

#### Литература

1. Fleg, J.L. Effect of statins alone versus statins plus ezetimibe on carotid atherosclerosis in type 2 diabetes: the SANDS (Stop Atherosclerosis in Native Diabetics Study) trial / J.L. Fleg, M. Mete, B.V. Howard et al. // J Am Coll Cardiol. – 2008. - № 52(25). - P. 2198-205.
2. Underhill, H.R. Effect of rosuvastatin therapy on carotid plaque morphology and composition in moderately hypercholesterolemic patients: a high-resolution magnetic

- resonance imaging trial / H.R. Underhill, C. Yuan, X.Q. Zhao et al. // Am Heart J. – 2008. - № 155(3). – P. 584.e1-8.
3. Парфенов, В.А. Аторвастатин во вторичной профилактике ишемического инсульта / В.А. Парфенов // Болезни сердца и сосудов. – 2006. - №4. - с.13-17.
  4. Switzer, J.A. Statin therapy for coronary heart disease and its effects on stroke / J.A. Switzer, D.C. Hess // Curr Atheroscler Rep. – 2006. - № 8. – P. 337-42.
  5. Vasić, D. Simvastatin influence on carotid atherosclerotic disease regression / D. Vasić, O. Radmili, L. Davidović, M. Vraneš // Srp Arh Celok Lek. – 2012. – № 140(3-4). - P. 164-7.

## **ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА И ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

***Рябова С.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Краснова Н.А., Белоконова Т.С., Жернакова Е.В., Мартынова Н.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»*

Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) остаётся одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности и приводит к неблагоприятным последствиям в дальнейшей жизни ребенка [1-4]. Основными клиническими проявлениями и исходами ХПН являются хроническая гипоксия (ХГП) и задержка роста плода (ЗРП), а при крайней степени декомпенсации - антенатальная гибель. Ведущую роль в развитии ХПН и нарушенного состояния плода отводят действию гипоксии, как универсального природного явления. Будучи не только регуляторным фактором физиологических процессов, в период гестации, недостаток кислорода является базовым провоцирующим фактором альтерации и развития любой патологии [5-8].

Целью исследования явилось выявление клинико-патогенетической взаимосвязи между ХГП и ЗРП на основании анализа клинических и лабораторно-инструментальных данных обследования беременных группы высокого риска развития тяжелых форм ХПН.

Для реализации поставленной цели обследовано 120 женщин с высоким риском декомпенсации ХПН в III триместре гестации (основная группа). Для включения женщин в данную группу применялась шкала факторов риска декомпенсации ХПН. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин с физиологическим течением гестации и благоприятным перинатальным исходом. Для диагностики ХГП во время беременности применялись: шкала оценки реактивности сердечно-сосудистой системы плода (РСССП) и показатель состояния плода (ПСП) путем анализа данных кардиотокограммы; диагностическая балльная шкала степени тяжести ПН, включающая биофизический профиль плода; данные УЗДГ кривых скоростей кровотока в системе «мать-плацента-плод» (МПП).

Антенатальная гипоксия диагностировалась при наличии не менее двух из следующих критериев: 1) РСССП – 3 и менее балла, ПСП – 2 и более; 2) оценка

по диагностической шкале степени тяжести ХПН – менее 3,5 балла; 3) IБ, II или III степени нарушения кровотоков в комплексе МПП. Для диагностики ЗРП во время беременности применялись данные наружного акушерского обследования и данные фетометрических показателей УЗИ. При постановке степени тяжести ЗРП использовалась классификация, предложенная А.Н. Стрижаковым с соавт. (1990) [2]. Параметры физического развития новорожденных оценивали по нормативным перцентильным таблицам (Дементьева Г.М, Короткая Е.В., 1981) с учетом гестационного возраста. При рождении также определяли и массо-ростовой коэффициент. Гипоксия плода подтверждалась после рождения - оценкой состояния новорожденного по шкале Апгар, путем определения показателей кислотно-основного состояния (рН) и газового состава пуповинной крови (рО<sub>2</sub>, рСО<sub>2</sub>). Морфологическая оценка плацент проводилась с учетом классификации ПН по А.П. Милованову (2005).

Анализ исхода беременностей 120 женщин высокого риска декомпенсации ХПН показал, что ХПН имела место в 100% случаев. Реализация тяжелых форм ХПН наблюдалась в 87,5% (105 наблюдений – беременные с нарушенным развитием плода). У 15 беременных (12,5%) диагностирована дисфункция плаценты (патология плода отсутствовала). Согласно выбранным критериям ХГП имела место в 83,3% (100 наблюдений), в 4,2% (5 наблюдений) ХГП не была выявлена. ЗРП диагностирована у 54,2% беременных (65 наблюдений): I степень в 40%, II степень – в 52,3%, III степень – в 7,7%. Анализ гемодинамических нарушений показал, что их реализация наблюдалась у 92,3% женщин с ЗРП. У беременных с ЗРП II-III степени достоверно чаще наблюдались сочетанные нарушения гемодинамики и централизация плодово-плацентарного кровообращения. Гемодинамических нарушений не выявлено в 7,7% случаев, что соответствовало ЗРП I степени. Гипотрофия I степени после рождения подтвердилась у 36,9% (24 новорожденных), II степени – у 56,9% (37 новорожденных), III степени – у 6,2% (4 новорожденных). ХГП после рождения подтвердилась во всех диагностированных антенатально случаях. Средняя оценка по шкале Апгар новорожденных, средние значения рН, рО<sub>2</sub>, рСО<sub>2</sub> в пуповинной крови плодов беременных основной группы достоверно отличались от контрольной группы (p<0,05). Анализ сочетаний ХГП и ЗРП показал, что хроническая гипоксия в 100% случаев выявлена при ЗРП II, III степени и лишь в 80,8% при ЗРП I степени.

Таким образом, полученные данные доказывают клинко-патогенетическую взаимосвязь ХГП и ЗРП как единых клинических вариантов патологии плода при ХПН. Проведенное исследование обосновывает необходимость включения в комплекс обследования беременных с ЗРП методов, направленных на своевременное выявление хронической гипоксии – ведущего фактора альтерации фетоплацентарного комплекса. Кроме того, в связи с невозможностью патогенетического лечения уже сформировавшейся ХПН, обосновывается важность рационального профилактического лечения, направленного на улучшение газообменной функции в плаценте и

минимизацию возможных действующих факторов риска развития ЗРП у женщин группы высокого риска развития ХПН.

Литература:

1. Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Прогнозирование плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции, децидуализации, апоптоза и клеточной пролиферации // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т.7, №1. – С. 52-59.
2. Липатов И.С. Клиническая оценка иммунных проявлений повреждения сосудистой стенки при физиологической и осложненной гестозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. - 24 с.
3. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты применения карбогенотерапии для профилактики плацентарной недостаточности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - Т. 11, №5. - С. 71-77.
4. Мельников В.А., Купаев И.А., Липатов И.С. Противососудистые антитела у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью // Акушерство и гинекология. - 1992. - №3-7. - С. 19.
5. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
6. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1.- С. 35.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Прогностическая значимость методов диагностики плацентарной недостаточности и состояния плода // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №3 (57). - С. 33-40.
8. Липатов И.С., Купаев И.А., Бабкин С.М., Якимова Н.А. Способ диагностики сосудистых нарушений у беременных на раннем этапе развития патологического течения гестации: патент РФ на изобретение №2061960, приоритет от 01.03.1994. Бюл. Изобретения. 16: 259.

## **ОШИБКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ В ПРАКТИКЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ**

***Селезнёва Е.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - показатель, определение которого входит в общий анализ крови. Это неспецифический лабораторный скрининговый тест, изменение которого может служить косвенным признаком текущего воспалительного или иных патологических процессов, таких, как злокачественные опухоли и диффузные заболевания соединительной ткани. Это технически простой и недорогой лабораторный тест, который выполняется в клинико-диагностических лабораториях (КДЛ), обслуживающих лечебные учреждения различной мощности и специализации: от участков больниц до федеральных медицинских центров.

Востребованность этого показателя обусловлена рядом факторов: традициями и стандартами оказания медицинской помощи, доступностью данного лабораторного исследования при выполнении параклинического обследования, личным опытом врачей.

В России и ряде других стран СОЭ определяют как обязательный тест при выполнении общего анализа крови. Это обусловлено преимущественным использованием в России методики определения СОЭ по Панченкову, в которой используется капиллярная кровь. Низкая себестоимость и простота выполнения способствуют частому использованию этого теста в различных программах скрининга состояния здоровья населения.

Однако использование методики Панченкова для определения СОЭ часто сопровождается методологическими трудностями, связанными с получением необходимого объема крови и зачастую отсутствием возможности выполнить анализ сразу же после забора крови. В европейских и ряде других стран для исследования СОЭ применяется методика Вестергрена или используются анализаторы СОЭ, результаты которых гармонизированы с результатами методики Вестергрена.

При выполнении методики Панченкова для определения СОЭ важно соблюдать требования преаналитического этапа лабораторного исследования и необходимость тщательного выполнения условий методики на аналитическом этапе. Достоверность результатов определения СОЭ зависит от условий выполнения методики и отсутствия методологических ошибок, таких как:

- 1) температура окружающей среды;
- 2) недостаточный объем крови для выполнения исследования;
- 3) наличие пузырьков воздуха в столбике крови, заполняющей капилляр;
- 4) отсутствие разведения крови, стабилизированной ЭДТА, раствором цитрата натрия;
- 5) наклонное положение капилляра Панченкова;
- 6) недостаточное перемешивание крови с антикоагулянтом.

#### **Влияние температуры**

Для получения правильных результатов, определение СОЭ должно проводиться при 18-25°C. Если исследуемая кровь стоит при комнатной температуре, СОЭ должно быть определено не позже 2 часов после взятия крови. Если кровь стоит при +4°C, СОЭ должно быть определено в течение не более 6 часов, но перед выполнением метода кровь должна быть подогрета до комнатной температуры.

Рост температуры, при которой происходит измерение показателя, сопровождается увеличением СОЭ, тогда как понижение температуры, приводит к замедлению СОЭ. Увеличение температуры на 1 градус приводит к изменению СОЭ на 3%. Однако данная зависимость носит нелинейный характер, что затрудняет стандартизацию СОЭ при ручном измерении по методике Панченкова.

В литературе имеются публикации, посвященные исследованию влияния температуры на СОЭ и разработке методологических приемов, позволяющих стандартизировать результаты независимо от температуры. В частности, используется перерасчет с применением номограммы Manley. Однако данная зависимость была выведена для расчета показателей определения СОЭ по Вестергрелю и не может автоматически использоваться в отношении результатов измерения СОЭ по Панченкову. Другим решением является

внедрение в практику лабораторий автоматических анализаторов СОЭ. Данные приборы стандартизированы в соответствии с рекомендациями Международного комитета стандартизации в гематологии (ISCH). В них выполняется автоматическая коррекция результатов определения СОЭ в зависимости от температурного режима измерения.

### **Неполный объем капилляра**

Часто при взятии капиллярной крови у пожилых пациентов, особенно при наличии сосудистой патологии, возникают проблемы, вызванные нарушением микроциркуляции. Полученного объема крови оказывается недостаточно для выполнения всех исследований. В ряде случаев сотрудники КДЛ, столкнувшись с такой проблемой, исследуют СОЭ в не полностью заполненном капилляре Панченкова, а затем «пересчитывают» результаты. Например, при заполнении капилляра лишь наполовину полученный результат СОЭ умножают на 2. Такое нарушение техники выполнения исследования может привести к неправильному результату.

Для изучения влияния частичного заполнения капилляра на результат исследований СОЭ образцы крови, стабилизированной ЭДТА, смешивали с раствором цитрата натрия. Капилляры Панченкова заполняли в одном случае до метки 0, а во втором – лишь до метки 50. Результаты измерения СОЭ при неполном заполнении капилляра были почти на 25% меньше, чем полном заполнении капилляра Панченкова.

«Пересчет» результатов определения СОЭ в капилляре, заполненном на 50%, привел к достоверному увеличению показателя СОЭ в сравнении с результатами правильно выполненного исследования. Данные различия были достоверны как в группе с нормальными значениями СОЭ, так и в группе с увеличенными значениями СОЭ.

Таким образом, определение СОЭ в частично заполненном капилляре занижает результаты анализа, а попытки «пересчета» ведут к его завышению. Для получения правильных результатов определение СОЭ необходимо выполнять в полностью заполненном капилляре Панченкова.

### **Наличие пузырьков воздуха**

В некоторых случаях при заполнении капилляра Панченкова в столбик крови может попасть пузырек воздуха. Чаще всего это наблюдается при малом количестве набранной крови, а также при недостаточных практических навыках сотрудников КДЛ, выполняющих исследование. В таких случаях происходит разделение столбика крови на две части и эритроциты оседают отдельно в верхней и нижней части капилляра. Некоторые сотрудники КДЛ в этом случае оценивают результат, суммируя величину СОЭ в различных участках капилляра.

Для изучения влияния на результат определения СОЭ пузырька воздуха внутри капилляра были выполнены дополнительные исследования. Образцы крови, стабилизированной ЭДТА, смешивали с раствором цитрата натрия. Капилляры Панченкова заполняли лишь до метки (примерно 50), формировали пузырек воздуха (1 деление капилляра) и затем снова набирали кровь. Параллельно исследовали СОЭ унифицированным методом в полностью

заполненном капилляре. Образцы инкубировали 1 ч при температуре 22°C. Исследование не выявило достоверных различий в величине СОЭ в участках, расположенных выше и ниже пузырька воздуха. В то же время результаты определения СОЭ в образце одной и той же крови, исследованной унифицированным методом и в присутствии пузырька воздуха, были достоверно различны. Результат анализа унифицированным методом был примерно на треть ниже, чем результат определения СОЭ, полученный путем сложения результатов измерения СОЭ в различных участках столбика крови (выше и ниже пузырька воздуха).

Таким образом, появление пузырька воздуха в столбике крови, помещенной в капилляр Панченкова, влияет на результаты измерения СОЭ. Суммирование результатов определения СОЭ в различных участках капилляра (выше и ниже пузырька воздуха) ведет к завышению результатов исследования.

### **Влияние добавления цитрата натрия к крови, стабилизированной ЭДТА**

Широкое внедрение гематологических анализаторов, которые были массово поставлены в КДЛ Российской Федерации в рамках реализации национального проекта «Здоровье», привело к тому, что лаборатории все чаще стали использовать кровь, стабилизированную ЭДТА. Такие образцы являются оптимальными при выполнении общего анализа крови именно на гематологических анализаторах. Однако структура тестов при выполнении общего анализа крови в Российской Федерации включает обязательное исследование СОЭ. В таких ситуациях в ряде случаев у сотрудников КДЛ возникает соблазн выполнения определения СОЭ в крови, стабилизированной ЭДТА, без ее разведения раствором цитрата натрия.

Для исследования влияния разведения крови, стабилизированной ЭДТА, цитратом натрия на результаты определения СОЭ было выполнено исследование образцов крови. В один штатив помещали капилляры, заполненные только кровью, стабилизированной ЭДТА, во второй штатив помещали капилляры Панченкова, заполненные образцами крови тех же пациентов, к которым был добавлен 5% раствор цитрата натрия. При сопоставлении результатов между группами выявлено достоверно ускорение СОЭ в образцах без цитрата натрия.

Таким образом, нарушение техники определения СОЭ, в частности отказ от разведения крови, стабилизированной ЭДТА, 5% раствором цитрата натрия, ведет к получению достоверно более высоких результатов. Это может привести к неправильному заключению о состоянии здоровья обследуемых и необоснованному назначению дополнительных обследований.

### **Влияние наклона капилляра при исследовании СОЭ**

Изменение наклона капилляра при исследовании СОЭ редко встречается в лаборатории. Такие ошибки могут появляться при неправильной установке стола, когда столешница расположена не горизонтально, а под углом, или при косом положении капилляра в штативе. Причинами косого положения капилляра могут быть сколы, укорачивающие длину капилляра, или его дефекты. В таких случаях возникает необходимость в дополнительном

закреплении капилляра в штативе с помощью подручных средств, что иногда ведет к отклонению положения капилляра от строго вертикального.

Для исследования влияния наклона капилляра на результаты определения СОЭ были проведены анализы образцов крови одних и тех же пациентов. Один штатив с образцами крови инкубировали на строго горизонтальной поверхности (группа сравнения), второй – наклоняли под углом  $25^\circ$  (опытная группа). СОЭ оценивали через 1 ч инкубации, при температуре  $22^\circ\text{C}$ .

Так же, как и в предыдущих экспериментах, изменение методики определения СОЭ отразилось на полученных результатах. Наклонное положение капилляров при выполнении теста привело к достоверному ускорению СОЭ. Угол в  $3^\circ$  от вертикальной линии может приводить к увеличению СОЭ до 30 единиц.

Таким образом, нарушение техники анализа, в частности наклон капилляра при исследовании, ведет к значительному ускорению СОЭ.

Представленные результаты свидетельствуют о большой вариабельности результатов метода Панченкова и подтверждают важность соблюдения протокола исследования, в т. ч. и подготовки материала к анализам. Все смоделированные ситуации, в которых нарушается методика анализа, приводят к достоверному изменению результатов. В подавляющем большинстве случаев это выражается в увеличении показателей СОЭ, что может приводить к неоправданным дополнительным обследованиям пациента. Выходом из сложившейся ситуации является стандартизация анализа СОЭ путем внедрения различных автоматических анализаторов СОЭ, предотвращающих нарушение протокола анализа и учитывающих влияние температурного фактора.

В нашей лаборатории достоверность результатов исследования СОЭ проверяется путем периодического проведения внутрिलाбораторного контроля качества:

- методом параллельных проб, выполняемых двумя лаборантами;
- методом подсчета ежедневной среднесуммарной величины;
- межлабораторным сличением;
- динамическим наблюдением показателей СОЭ конкретного пациента.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СОЕДИНЕНИЯ**

***Симерзин В.В., Гаглоева И.В., Фатенков О.В., Поляков В.П., Галкина М.А.,  
Панишева Я.А., Попова Я.О., Красовская М.А., Сытдыков И.Х.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

В настоящее время в наиболее экономически развитых странах мира возрастающий интерес вызывает не только проблема клинически манифестного атеросклероза, но и его дебют, наиболее ранняя субклиническая стадия. В ряде исследований показано, что выраженность атеросклероза в коронарных артериях (КА) и сосудах брахиоцефального соединения (БЦС) обладает

предсказательной ценностью развития сердечно-сосудистых событий, а его минимизация позволяет снизить их вероятность.

За последние десятилетия естественное течение атеросклероза, изучалось во многих исследованиях. Как отметил Р.К. Shah (2007) атеросклеротический процесс нередко начинаются в детском/подростковом возрасте и в течение длительного периода протекает латентно и субклинически и по мере взросления продолжает прогрессировать. При этом обнаруживается его связь с известными факторами риска.

Данные доказательной медицины и проект INTERHEART показали, что в 90-95 % случаев популяционный атрибутивный риск инфаркта миокарда связан с известными факторами риска, сердечно-сосудистых событий по шкалам риска. При этом такие шкалы оценки риска, как Фрамингемская, Мюнстерская и SCORE - предоставляют очень важную информацию о наиболее клинически значимых факторах риска, наличие которых ассоциировано с развитием атеросклероза. Исходя, из концепции факторов риска и сердечно-сосудистого континуума 10-летний риск развития смерти от ССЗ ассоциирован с категорией риска определяемой по таблице SCORE, которая обусловлена кумулятивным действием известных факторов риска и их экспозицией.

Шкала SCORE оценки риска достаточно хорошо прогнозирует риск развития сосудистых событий в группах очень высокого и высокого риска, темп развития атеросклероза и его тромботических осложнений определяется категорией риска пациента и является функцией времени. У лиц старших возрастных групп, в связи с нарастающей экспозицией кумулятивного действия факторов риска, следует ожидать, что распространенность субклинического атеросклероза достаточно высока. В тоже время хорошо известен статистический парадокс профилактики (the Rose Paradox). Он заключается в том, что в группе пациентов высокого риска развивается меньше событий за сравниваемые периоды времени, а большинство событий случаются у лиц с умеренным и низким риском и сравнительно небольшое количество у пациентов, имеющих высокий риск. Прежде всего, это обусловлено тем, что лиц с умеренным и низким риском несопоставимо больше. Кроме того это является свидетельством того, что существующие шкалы оценки риска обладают малой прогностической чувствительностью у бессимптомных лиц умеренного и низкого риска.

Вторая теорема Роуза гласит, что «Из большого числа людей, подверженных малому риску, может возникнуть значительно большее число случаев болезни, чем из небольшого числа людей, подверженных высокому риску» (Am. J. Public Health 1999: 89; 295-298). Этот парадокс профилактики (the Rose Paradox) заключается в том, что низкий риск у молодых людей может маскировать высокий относительный риск; это может быть показано с использованием карты относительного риска. По мере взросления пациента, высокий относительный риск может перейти в высокий абсолютный риск и этим пациентам надо рекомендовать интенсивные изменения образа жизни.

Установлено, что в 40-60 % случаев первым проявлением атеросклероза становятся инфаркт миокарда или внезапная смерть (Shah P.K., 2007). Это

связано с тем, что длительное время атеросклеротический процесс остается клинически «немым», до разрыва атеросклеротической бляшки с последующим тромбозом, приводящим к развитию острого сосудистого коронарного клинического события (Shah P.K., 2007).

Поэтому важно выявлять людей, имеющих повышенный риск атеросклеротических событий с целью реализации эффективных профилактических мероприятий и мер по снижению этого риска. Накопленный массив доказательных данных, свидетельствует о том, что выявление асимптомного атеросклеротического поражения артериального звена сосудистой стенки может быть мощным инструментом прогнозирования сердечно-сосудистого риска, а его лечение – гораздо более успешным способом органопротекции, борьбы с кардиоваскулярными заболеваниями и их осложнениями, чем лечение поздних стадий атеросклероза.

### **Субклинический атеросклероз!**

В настоящее время в рутинной врачебной практике наличие субклинического атеросклероза обычно не выявляется, а если и диагностируется, то при оценке сердечно-сосудистого риска порой не учитывается. Это связано с тем, что лица на этом этапе атеросклеротического процесса при отсутствии других существенных факторов риска относятся к категории пациентов низкого риска. В тоже время, данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что наличие субклинического атеросклероза независимо от других факторов ассоциируется с повышенным кардиоваскулярным риском.

Как известно манифестные проявления атеросклероза являются вершиной айсберга, а основная подводная его часть это здоровые лица с факторами риска, у которых исходя из концепции сердечно-сосудистого континуума в течение длительного периода времени занимающего многие годы и десятилетия латентно, а затем и субклинически развивается атеросклеротический процесс. Данные доказательной медицины показали, что в целом атеросклероз, не сопровождающийся тромбозом, является длительным, хроническим протекающим доброкачественным и медленно прогрессирующим воспалительным заболеванием аорты, артерий крупного и среднего калибра с преимущественным поражением наиболее жизненно важных бассейнов. В западных странах у большинства людей старше 20 лет, имеются те или иные атеросклеротические поражения аорты и магистральных артерий.

Субклиническим считается бессимптомное атеросклеротическое поражение артерий, когда формирование атеросклеротических бляшек находится в начальной стадии и степень сужения кровеносных сосудов не достигает гемодинамической и клинической значимости. В последующем созревающие атеросклеротические бляшки могут приводить к дальнейшему сужению просвета артерий, создавая препятствие кровотоку, уменьшая перфузию тканей и заявлять о себе эпизодами клинической ишемической симптоматики заболевания и привлекать к себе внимание пациентов и врачей различных специальностей. При этом, если удастся предотвратить тромбоз, то гемодинамически незначимые бляшки не создают большой опасности для

жизни человека (Fuster V, Badimon L, Badimon JJ, Chesebro JH., 1992; Fuster V, Lewis A. Соппег, 1994). Несмотря на длительное, медленно прогрессирующее, латентное и субклиническое течение атеросклероза, его коварность заключается в том, что он может давать осложнения. Так после многих лет неактивного развития атероматозных бляшек в ряде случаев вследствие их дестабилизации и тромбоза он может внезапно манифестироваться развитием таких острых сердечно-сосудистых событий, как: инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения или даже внезапная сердечная смерть. Данные доказательной медицины показали, что у 62% мужчин и у 48% женщин первым проявлением заболевания является внезапная сердечная смерть или инфаркт миокарда.

### **Скрининг и диагностика латентного и субклинического атеросклероза и реклассификация пациентов**

Большой массив данных доказательной медицины свидетельствует о том, что у пациентов без клинических проявлений ССЗ одним из важнейших признаков повышенного кардиоваскулярного риска является субклинический атеросклероз. Хотя есть основания полагать, что субклинический атеросклероз весьма распространен, в том числе среди молодых и в целом здоровых людей, на сегодняшний день доказательная база позволяет рекомендовать диагностику и лечение этой патологии только при наличии проблем кардиометаболического характера (например, таких как АГ, дислипидемия). Его выявление позволит увеличить точность оценки общего риска, прогнозировать вероятность развития сердечно-сосудистых событий и разработать стратегию и тактику ведения этих пациентов.

В ближайшие годы ожидается значительная активизация научной работы в изучении проблемы субклинического атеросклероза и его влияния на прогноз. В нашем распоряжении окажутся более четкие рекомендации по этому поводу, в том числе и в отношении здоровых лиц. Простые и информативные методы диагностики субклинического атеросклероза станут доступнее для рутинной медицинской практики, позволяя не только своевременно выявлять ранние стадии поражения сосудов у широких слоев населения, но и отслеживать эффективность используемого лечения.

В соответствии с современной парадигмой в диагностическом поиске, лечении и профилактике врач ориентируется на ранние клинические признаки поражения органов-мишеней, с их манифестацией в лице сердечно-сосудистых заболеваний, при этом упускается из вида субклинический атеросклероз. Именно на этом этапе происходят те процессы, которые знаменуют переход от обратимых изменений сосудов к органическому поражению органов-мишеней с последующим неизбежным прогрессированием заболевания. При этом запускается порочный круг с вовлечением новых патогенетических механизмов поражения органов мишеней с ишемическим поражением миокарда, почек, головного мозга, сетчатки и других органов и тканей.

### **Кому когда и оценивать субклинический атеросклероз?**

Выполнение неинвазивных визуализирующих исследований для выявления субклинического атеросклероза наиболее целесообразно у больных

с промежуточным и, возможно, низким риском, оцененным по шкалам стратификации по риску развития сердечно-сосудистых событий, основанных на традиционных факторах риска. Переоценка категории риска на основании визуализирующих методов выявления субклинического атеросклероза может служить основанием для более активной медикаментозной профилактики у больных без клинических признаков ИБС.

Эксперты группы «The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)» у лиц, не имеющих клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), для повышения чувствительности и предсказательной способности систем стратификации риска отобрали ряд признаков кандидатов (маркеров) поражения сердечно-сосудистой системы и факторов риска кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений. Эксперты группы USPSTF в этот перечень включили следующие показатели: лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), уровень глюкозы натощак, наличие болезней пародонта, толщина комплекса «интимедиа» (ТКИМ) сонных артерий, коронарный кальциевый индекс (ККИ) по данным компьютерной томографии (КТ), а также концентрацию в плазме крови: гомоцистеина, липопротеина(а) и С-реактивного белка (СРБ). При этом специалисты USPSTF отметили важность таких признаков поражения сосудов, как ЛПИ, ККИ и ТКИМ сонных артерий и особо подчеркнули, что снижение значения ЛПИ, повышение показателей ТКИМ и ККИ свидетельствуют об атеросклеротическом поражении артерий. Несколько неожиданным и на первый взгляд парадоксальным оказалось то, что по данным доказательной медицины из предложенных параметров, всем необходимым требованиям не удовлетворял ни один. Тем не менее, авторы отметили, что показатель СРБ набрал наибольшее число баллов, хотя и для него не получено убедительных данных, демонстрирующих, что его селективное снижение, независимое от других параметров, сопровождается уменьшением величины сердечно-сосудистого риска.

В настоящее время, в абсолютном большинстве систем стратификации риска, в том числе в шкале R.B. D'Agostino et al., (2008), именуемой системой оценки «сосудистого возраста», к сожалению, отсутствуют инструментальные маркеры поражения сосудов (D'Agostino RB, Vasan S et al., 2008).

В консенсусе по менеджменту дислипидемий Американской диабетической ассоциации (American Diabetes Association, ADA) и Американского общества кардиологов (American College of Cardiology, ACC) 2008 г. проблеме субклинического атеросклероза уделено особое внимание (Brunzell J.D., Davidson M., Furberg C.D. et al., 2008). Авторы консенсуса предлагают использовать с этой целью оценку кальцификации и толщины интимы-медиа сонной артерии, а также определение лодыжечно-плечевого индекса.

Как отметили Эксперты ADA/ACC (2008), пациенты с дислипидемией и документированным субклиническим атеросклерозом относятся к группе лиц высокого риска и должны получать агрессивную липидкорректирующую фармакотерапию статинами (Brunzell J.D., Davidson M., Furberg C.D. et al., 2008).

По мнению экспертов ESC/EAS, (2011), РКО и НОА (2012) уже сам факт выявления признаков атеросклероза у лиц с низким и промежуточным риском по традиционной стратификации переводит их в категорию высокого риска с вытекающими из этого последствиями по проведению комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Как отметили M.J. Roman, T.Z. Naqvi, J.M. Gardin, (2006) это предполагает для данной категории лиц принятие более активных мер первичной профилактики, направленных на снижение уровня ХС ЛНП до целевых уровней, обычно рекомендуемых при проведении вторичной профилактики ССЗ.

В соответствии с современными международными и отечественными рекомендациями по ведению больных АГ, пациент, который относится к категории умеренного риска, требует тщательной оценки состояния органов-мишеней и проведения реклассификации с переоценкой категории риска. При этом, уже по самому факту наличия одного или более признаков субклинического поражения органов/тканей-мишеней у больных с АГ их следует относить их к группе высокого или очень высокого риска.

В последнем обновленном руководстве по лечению АГ Европейского общества гипертензии (European Society of Hypertension – ESH, 2013) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC 2007), обращается особое внимание на важность определения субклинического поражения сосудов, как маркера увеличенного сердечно-сосудистого риска у больных с АГ (Mancia G., Vacker G.D., Dominiczak A. et al., 2007). При этом среди признаков субклинического поражения сосудов звучат и такие, как «ультрасонографические признаки утолщения стенок сонной артерии или атеросклеротические бляшки» и «увеличение артериальной жесткости».

В отличие от предыдущей версии руководства по лечению АГ Европейского общества гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) ESH/ESC (2003) в новом документе ESH/ESC (2007) среди факторов, влияющих на прогноз пациента с АГ, перечисляются следующие маркеры субклинического атеросклероза: утолщение стенки сонной артерии (интима-медиа  $>0,9$  мм), наличие атеросклеротических бляшек, скорость пульсовой волны на каротидно-фemorальном сегменте  $>12$  м/с, лодыжечно-плечевой индекс  $<0,9$ .

Согласно рекомендациям ESH/ESC 2007 г. (Mancia G., Vacker G.D., Dominiczak A. et al. 2007), наличие асимптомного атеросклероза должно оцениваться в общем алгоритме поиска субклинического поражения и других органов/тканей-мишеней (почек, сетчатки, головного мозга). С этой целью руководство рекомендует ультразвуковое сканирование экстракраниальных сонных артерий, благодаря которому можно обнаружить увеличение толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии, утолщение бифуркации сонной артерии и внутренних сонных артерий, наличие бляшек.

Неинвазивная диагностика субклинического атеросклероза оценивает не факторы, которые предрасполагают к атеросклерозу в популяции, а верифицируют атеросклеротический процесс у конкретного пациента. Важнейшие методики: УЗИ БЦС (ТКИМ/АСБ); Измерение коронарного

кальциевого индекса (ККИ) при мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ)

Таким образом, диагностика субклинического атеросклероза превосходит методы расчета по способности прогнозировать сердечно-сосудистые события, особенно в наиболее проблемных группах умеренного и низкого риска. С решением вопросов стоимости и доступности ее скрининговое использование у лиц с умеренным и низким расчетным риском может способствовать повышению эффективности первичной профилактики.

#### Литература

1. Rosamond W., Flegal K., Furie K. et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2008 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117: e25-e146.
2. Shah P.K. Molecular mechanisms of plaque instability. *Curr Opin Lipidol* 2007; 18: 492-9.
3. Rosamond W., Flegal K., Furie K. et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2008 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117: e25-e146.
4. Shah P.K. Molecular mechanisms of plaque instability. *Curr Opin Lipidol* 2007; 18: 492-9.
5. Дж. Эмберсон и др. Журнал «Вестник Европейск. кардиол.», 2004г., №25, стр. 484-491.
6. Р.Джексон и др. Журн. «Ланцет», 2005г., №365, стр. 434-441.
7. Эксперты ESC/EAS, (2006 и 2011), РКО и НОА (2012)
8. Akosah K.O., Schaper A., Cogbill C., Schoenfeld R Preventing myocardial infarction in the young adult in the first place: how do the National Cholesterol Education Panel III guidelines perform? *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 1475-9.
9. Shaw L.J., Blumenthal R.S., Raggi P. Screening asymptomatic low-risk individuals for coronary heart disease: issues and controversies. *J Nucl Cardiol* 2004; 11: 382-7.
10. Karim R., Hodis H.N., Detrano R., Liu C.R., Liu C.H., Mack W.J. Relation of Framingham risk score to subclinical atherosclerosis evaluated across three arterial sites. *Am J Cardiol* 2008; 102: 825-30.
11. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012).
12. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines *Circulation*. 2010; 122: e584-e636.
13. Mancia G., Backer G.D., Dominiczak A. et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH).
14. Shah P.K. Molecular mechanisms of plaque instability. *Curr Opin Lipidol* 2007; 18: 492-9

#### **КОНЦЕПЦИЯ «СОСУДИСТОГО» ВОЗРАСТА В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ РИСКОМ**

***Симерзин В.В., Фатенков О.В., Гаглоева И.В., Константинов Д.Ю.,  
Чемидронов С.Н., Рубаненко О.А., Галкина М.А., Горькова Н.Б., Гаглов А.В.  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России***

Решающую роль в стратегии и тактике проведения первичной профилактики играет не только оценка 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE, но и пожизненного риска пациентов. Для клинициста необходимо быстро и достаточно точно уметь оценить степень риска, чтобы выбрать подходящую тактику ведения пациента. СС риск означает вероятность

для определенного индивидуума развития сердечно-сосудистого события (или осложнения) в течение определенного периода времени (обычно 10 лет). Известная парадигма гласит врач занимается лечением пациента в целом, а не только коррекцией отдельных ФР, и общий кардиоваскулярный риск отражает комбинированное воздействие нескольких факторов, так как за счет экспозиции и кумулятивного действия их отрицательное влияние не только складывается, но и умножается.

Поэтому клиницисту у пациентов с факторами риска необходимо достаточно точно уметь количественно оценить степень СС риска. Уровень риска является отправной точкой для определения целей медицинского вмешательства, выработки подходящей стратегии и тактики их ведения. Терапевтические стратегии, основанные на оценке риска сердечно-сосудистых событий имеют самые большие преимущества, чем стратегии, основанные на изолированном контроле каждого отдельного фактора риска. Существует несколько наиболее общепризнанных систем стратификации риска, использующих примерно одинаковый набор переменных.

В США для стратификации риска применяется шкала Framingham (FHS), которая определяет риск развития ИБС. Данная модель основана на результатах Фрамингемского исследования проведенного у 8491 пациента от 34 до 74 лет без наличия коронарной болезни сердца, принимавших участие в течение 12 лет.

В Европейских Рекомендациях по Профилактике ССЗ 1994 и 1998 г.г. (I и II издание) использовались таблицы оценки риска. Однако, как отметили эксперты ESC (2007) в них были некоторые проблемы: Во-первых, они основывались на данных Американского Фрамингемского исследования, и применимость этих данных на европейскую популяцию была неизвестна. Во-вторых, данных, используемых при оценке риска, было явно недостаточно. В третьих, определение нефатальных сердечно-сосудистых событий, отличалось от данных, приводимых в других исследованиях, что затрудняло использование шкалы. И наконец, оценка риска развития других проявлений атеросклероза, таких как инсульт или аневризма аорты, была невозможна.

В Европейских Рекомендациях 2003 г. стала применяться система оценки риска SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), которая основана на результатах 12 Европейских когортных исследований, включавших 205 178 пациентов с 1970 по 1988 г, и позволяет оценивать 10-летний риск смерти от ССЗ. Эта шкала способствует оценке риска у практически здоровых людей с факторами риска (без манифестных клинических проявлений атеросклеротических заболеваний).

Как отметили эксперты ESC (2007) параметры определения риска с использованием шкалы SCORE существенно отличаются от других моделей оценки риска. Прежде всего, модель SCORE оценивает 10-летний риск развития фатальных атеросклеротических событий, включая ИМ, инсульт, аневризму аорты и другие. В неё включены все коды, встречающиеся в МКБ X пересмотра, которые могут быть присвоены проявлениям атеросклеротических заболеваний. Большинство других систем оценивают только риск развития

ИБС. В проекте SCORE преднамеренно выбрана оценка вероятности смерти от ССЗ, а не общего риска (фатальные и нефатальные события), хотя это не общепринято. Большинство других шкал и алгоритмов дают оценку риска только ИБС.

Шкала SCORE, как указывалось выше, дает количественную оценку 10-летнего риска первого фатального атеросклеротического сосудистого события / осложнения (atherosclerotic event), а именно: инфаркта миокарда, инсульта, периферического атеросклероза, внезапной смерти. При этом эксперты ESC/EAS Guidelines 2011, делают оговорку, отмечая, что риск нефатальных событий примерно в три раза выше, чем фатальных, соответственно, у пациента с 10-летним риском SCORE в 5% риск нефатального инфаркта миокарда или нефатального инсульта примерно 15% (выше у женщин и ниже у пожилых пациентов).

При выборе шкалы и модели оценки риска следует иметь в виду и то обстоятельство, что уровень нефатальных сердечно-сосудистых событий сильно меняется в зависимости от страны проживания пациента, модели и способа оценки риска. Система SCORE основана на европейской системе оценки риска для стран с высоким и низким риском развития ССЗ. В тоже время, используя оценку риска смерти от ССЗ, необходимо принимать во внимание современные тенденции смертности в разных регионах. Как и во всех системах оценки риска, в странах, где наблюдается снижение смертности от ССЗ, может быть переоценка риска, и, напротив, если смертность от ССЗ возрастает, риск может быть недооценен.

В официальной взвешенной позиции Российского Общества Кардиологов (РОК) и Национального Общества по Атеросклерозу (РНОА) однозначно отмечено, что в нашей стране для скрининга и по его результатам проведение первичной профилактики атеросклероза рекомендуется использовать алгоритм SCORE. В отличие от FHS, проект SCORE оценивает вероятность риска 10-летней смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Система «SCORE» отличается простотой в применении и хорошей чувствительностью в выделении групп высокого и очень высокого риска для проведения в них индивидуальной первичной профилактики. Как отмечают

Эксперты Европейского общества кардиологов ESC (2007) в «Рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике» отмечают, что большинство мероприятий по профилактике приходится на лиц с высоким риском. Однако, несмотря на то, что на них оказывается самое мощное и интенсивное воздействие, как свидетельствует массив данных доказательной медицины, большинство сосудистых событий происходит у лиц с низким и умеренным риском (возможно, потому что они значительно более многочисленны?) и в небольшом количестве у пациентов, имеющих высокий и очень высокий риск. В связи с этим продолжается поиск новых систем стратификации риска для лиц с низким и умеренным риском, по выявлению среди них пациентов с высоким и очень высоким риском фатальных осложнений от ССЗ, как правило, с использованием новых переменных и последующей их реклассификацией.

Следует особо отметить, что любая модель оценки риска должна использоваться с учетом данных клинического обследования пациента.

Система «SCORE», несмотря на свои достоинства, информативность, простоту использования имеет существенные недостатки. Прежде всего, она несколько устарела (2003 год) и при её применении достаточно высока вероятность как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. Важным ограничением использования балльной системы оценки риска относится влияние возраста. Как отметили эксперты ESC, человек среднего возраста может не иметь высокого риска, даже если его отдельные факторы риска будут высокими. В то же время, пожилые люди, могут иметь высокий риск, даже с небольшим увеличением их факторов риска. Так 40-летний мужчина, даже если он курит, имеет САД 180 мм рт. ст. и ОХС 8 ммоль / л, имеет умеренный общий риск сердечно-сосудистой смерти, то есть <5%, живет ли он в стране с высоким риском (4%) или в стране с низким уровнем риска (2%). В тоже время 65-летний мужчина из стран с высоким уровнем риска, не курит, имеет САД 140 мм рт.ст. и ОХС из 4 ммоль / л, тем не менее, имеет риск 6%, то есть высокий.

Как отмечено выше, общепризнанным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности, в том числе у больных артериальной гипертензией является возраст (АГ) (Lloyd-Jones D.M., Evans J.C., Levy D., 2005). Возрастные изменения артерий во многом реализуются через модификацию их структуры и функции. (Najjar S.S., Scuteri A., Lakatta E.G., 2005). В настоящее время предложены надежные, хорошо апробированные и доступные в клинической практике сосудистые критерии стратификации риска при АГ. Это, прежде всего, признаки атеросклероза — по индикатору толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) стенки артерий брахиоцефального соединения. (2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the ESH and ESC // J. Hypertens. — 2007. — Vol. 25, № 6. — P. 1105-1187).

В настоящее время нет единой концепции, интегрирующей возрастные, атеросклеротические, гипертензивные, обменные и другие морфофункциональные изменения в стенке сосудов. Возможно, что такой показатель мог бы достаточно точно предсказывать сердечно-сосудистые осложнения при АГ. В этой связи весьма перспективным является обсуждение нового понятия сосудистого (артериального) возраста (СВ) (Najjar S.S., Scuteri A., Lakatta E.G., 2005).

В качестве морфофункциональных индикаторов сосудистого возраста (СВ) предлагают определять уже известные показатели: скорость распространения пульсовой волны, центральное давление в аорте, ТИМ (Stein J.H., Fraizer M.C., Aeschlimann S.E. et al., 2004), функцию эндотелия (Nilsson P.M., Boutouyrie P., Laurent S., 2009). Однако, общепринятых критериев и способов подсчета СВ на сегодня не существует.

В настоящее время для оценки сосудистого возраста применяются различные методы:

1. Формула Номы S. (2001) - оценка сосудистого возраста пациентов проводится по степени утолщения ТИМ при старении внутренней и средней оболочек общей сонной артерии. [Номы S.– 2001]:  $ТИМ = (0,009 \times \text{возраст}) + 0,116$  и её модификации Аносовой Е.В. и Прощаевым К.И. (2013), которые для оценки сосудистого возраста пациентов по значениям ТИМ ОСА преобразовали модель Номы S. (2001) в формулу:  $\text{Возраст} = (ТИМ - 0,116) \div 0,009$ . Эта модель делает попытку связать сосудистый возраст с состоянием артерий брахиоцефального бассейна (БЦС).
2. Модель D'Agostino R. et al. (2008) разработана с учетом пола, возраста, статуса курения, наличия у пациента сахарного диабета, уровней артериального давления, ОХС и ХС ЛПВП сыворотки крови. [D Agostino RB Sr, Vasani RS, Pencina MJ et al., 2008]. Модель D, Agostino R. et al. (2008) применяется для оценки общего риска ССЗ и риска развития отдельных сердечно-сосудистых событий, описана как метод определения «сосудистого возраста», (т.е. возраста человека с предсказанием 10-летнего риска, но с нормальными уровнями ФР) [D Agostino RB Sr, Vasani RS, Pencina MJ et al., 2008]. Модель D, Agostino R. et al. (2008) основана на результатах обследования 8491 пациента от 34 до 74 лет без наличия коронарной болезни сердца, принимавшего участие в течение 12 лет во Фрамингемском исследовании. Она включает такие параметры как: пол, возраст, курение, уровень общего ХС, САД, но в отличие от «SCORE» учитывает дополнительно уровень ХС ЛПВП, САД с гипотензивной и без гипотензивной терапии и наличие СД. Данная модель предназначена для оценки 10-летнего абсолютного риска развития ССЗ, включая коронарную болезнь сердца (коронарную смерть, ИМ, стенокардию), церебро-вазкулярные события (ишемический и геморрагический инсульт, транзиторные ишемические атаки, атеросклероз артерий нижних конечностей) и внезапную сердечно-сосудистую смерть. При этом особенность модели DAgostino заключается в попытке связать риск развития сердечно-сосудистых осложнений с характеристикой состояния сосудистой стенки. Данная модель еще не внедрена в широкую клиническую практику и применяется лишь в отдельных научных исследованиях (Уразалина С. Ж., Рогоза А. Н., Балахонова Т. В., с соавт (2010)), в связи с тем, что она имеет сугубо косвенный характер, поскольку не содержит ни одного морфофункционального параметра, прямо описывающего свойства артериальной стенки. Из её недостатков следует отметить, что она разработана на основе Фраменгемской модели, которую сложно экстраполировать или проецировать на популяции европейских стран с низким и тем более с высоким риском и интерпретировать полученные данные.
3. Модель Cuende J.I., Cuende N., Calaveras-Lagartos J. (2010) используется для оценки сосудистого возраста. Её достоинством является то, что в отличие от системы D'Agostino R. с соавт. (2008), она основана на европейской системе оценки риска SCORE для стран с высоким и низким риском развития ССЗ. В этой системе учитываются: пол, возраст, статус курения, уровень систолического артериального давления и ОХС сыворотки крови. При этом

особенность модели Cuende J.I., et al. (2010) заключается в попытке связать риск развития сердечно-сосудистых осложнений с характеристикой состояния сосудистой стенки.

В данной модели для оценки сосудистого возраста были созданы цветные таблицы, базирующиеся на таблицах SCORE, чтобы иметь возможность использовать их непосредственно по данным каждого пациента, например, исходя из сердечно-сосудистых факторов риска, мы можем вычислить напрямую сосудистый возраст. В проекте SCORE сосудистый возраст определяется в соответствии с 10-летним риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний для стран с высоким и низким уровнем риска, в зависимости от пола.

Презентация сосудистого возраста в виде цветной диаграммы, похожа на представления абсолютного риска в проекте SCORE. (Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al., 2003) Помимо использования таблицы SCORE преобразования между абсолютным риском и сосудистым возрастом, позволяет как врачу и пациенту, понять и оценить абсолютный риск и то факт, что сосудистый возраст быстро стареет.

В модели Cuende J.I., et al. (2010) расчеты сосудистого возраста были продлены за 65 лет, тем самым покрывая, все абсолютные значения риска для мужчин и женщин в таблицах расчета для стран высокого и низкого риска. В этих новых таблицах, цвет каждой ячейки соответствует оригинальному абсолютному риску по шкале SCORE, а цифры в каждой ячейке соответствует сосудистому возрасту, группируя в той же таблице информацию по абсолютному риску и сосудистому возрасту. В цветных таблицах сосудистого возраста модели Cuende J.I., et al. (2010) каждый квадрат содержит число, соответствующее сосудистому возрасту и цвету, соответствующему общему абсолютному риску смертельного исхода от сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с проектом SCORE для стран с высоким и низким уровнем риска.

Таким образом, оценка «сосудистого» возраста у пациентов с низким и умеренным риском, без манифестных атеросклеротических заболеваний можно проводить по различным моделям. По формуле Нона S. (2001), с определением степени утолщения ТИМ при старении внутренней и средней оболочек общей сонной артерии, её модификации Аносовой Е.В. и Прощаевым К.И. (2013). Наиболее удачным является проект Cuende J.I., et al. (2010), основанный на шкале «SCORE». Все эти модели позволяют выделить из лиц с низким и умеренным риском пациентов с увеличенным сосудистым возрастом в отдельную группу высокого риска и проводить им соответствующие лечебно-профилактические мероприятия. Так 40-летний мужчина курильщик с высоким артериальным давлением и высоким уровнем холестерина, имеет риск, ниже чем <5%, в тоже время он имеет сосудистый возраст 63 года. Этот пациент может таким образом понять, что, несмотря на умеренный абсолютный риск, с сосудистой точки зрения его факторы риска делают его старше на 23 года.

Концепция сосудистого возраста может быть наиболее приемлемой для пациента, чем понятие абсолютного риска. Это возможно позволит ему понять,

что означает конкретный риск в плане жизни. Поэтому она является ценным инструментом для того, чтобы пациенты, ассимилировали их положение и, таким образом, более вероятно, соответствовали лечебным мероприятиям.

Применение концепции сосудистого возраста обеспечивает новое применение для таблиц риска SCORE, которые могут быть более практичными для пациента и врача, и их использование может быть, даже более эффективно для лиц среднего возраста, для которых не было удовлетворительных решений для решения проблемы, связанной с оценкой абсолютного риска.

### Литература

1. Аносова Е. В., Процаев К. И. Применение в клинической практике показателя сосудистого возраста у больных артериальной гипертензией на фоне гиперхолестеринемии в оценке эффективности липидснижающей терапии // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8257>
2. ВНОК. Национальные клинические рекомендации. – М., 2008. – 512 с.
3. ВНОК. Национальные клинические рекомендации. – М., 2009. – С. 34-35.
4. Лелюк В. Г. Ультразвуковая ангиология. – 3-е изд., доп. и перераб. / В. Г. Лелюк, С. Э. Лелюк. – М.: Реал Тайм, 2007. – 416 с.
5. Чеботарев Д. Ф. Преждевременное (ускоренное) старение: причины, диагностика, профилактика и лечение / Д. Ф. Чеботарев, О. В. Коркушко, В. Б. Шатило // Медицинский всевіт. – 2011. – Т.1. – №1. – С. 28-38.
6. Шабалин В. Н. Основные закономерности старения организма человека // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 2. – С.13-18. Homa S. Carotid plaque and intima-media thickness assessed by B-mode sonography in subjects ranging from young adults to centenarians / S. Homa (and oth.) // Stroke. – 2001. – Vol. 32. – P. 830-835.
7. D Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation. 2008; 117 (6):743-753.
8. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003;24:987-1003. doi:10.1016/S0195-668X(03)00114-3.
9. Cuende J.I., Cuende N., Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation // Eur. Heart J. — 2010. — Vol. 31, № 19. — P. 2351-2358.
10. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the ESH and ESC // J. Hypertens. — 2007. — Vol. 25, № 6. — P. 1105-1187.
11. Eleid M. F., Lester S. J., Wiedenbeck T. L. et al. Carotid ultrasound identifies high risk subclinical atherosclerosis in adults with low framingham risk scores // J Am Soc Echocardiogr. –2010. – V. 23. – N 8. – P. 802-808.
12. Homa S. Carotid plaque and intima-media thickness assessed by B-mode sonography in subjects ranging from young adults to centenarians / S. Homa (and oth.) // Stroke. – 2001. – Vol. 32. – P. 830-835
13. Lloyd-Jones D.M., Evans J.C., Levy D. Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community // J. Am. Med. Assoc. — 2005. — Vol. 294, № 4. — P. 466-472.
14. Najjar S.S., Scuteri A., Lakatta E.G. Arterial aging. Is it an immutable cardiovascular risk factor? // Hypertension. — 2005. — Vol. 46, № 3. — P. 454-462.
15. Nilsson P.M., Boutouyrie P., Laurent S. Vascular aging. A tale of EVA and ADAM in cardiovascular risk assessment // Hypertension. — 2009. — Vol. 54, № 1. — P. 3-10.

16. Stein J.H., Fraizer M.C., Aeschlimann S.E. et al. Vascular age: integrating carotid intima-media thickness measurements with global coronary risk assessment // Clin. Cardiol. — 2004. — Vol. 27, № 7. — P. 388-392.

## **КОНЦЕПЦИЯ ПОЖИЗНЕННОГО РИСКА В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ РИСКОМ**

*Симерзин В.В., Фатенков О.В., Гаглоева И.В., Константинов Д.Ю.,  
Чемидронов С.Н., Галкина М.А., Горькова Н.Б., Рубаненко О.А., Гаглов А.В.  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти в странах Европейского континента (2008) и в 2004 году составили 44% всех случаев смерти у мужчин и 57% у женщин. Огромные усилия при проведении первичной профилактики направлены на лиц очень высокого и высокого риска по шкале SCORE. Однако большинство сосудистых событий происходит в группах низкого и умеренного риска. Для выявления дополнительных факторов риска у лиц данных групп и их реклассификации предложены различные биомаркеры.

Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, имеют достаточно высокую распространенность. При этом степень контроля над различными сердечно-сосудистыми факторами риска очень низкая (De la Peña-Fernandez A, Suarez-Fernandez C, Cuende-Melero I, et al., 2005). С одной стороны, в ряде стран распространенность некоторых факторов риска, таких, как курение уменьшилась. В тоже время, распространенность таких факторов риска, как диабет и ожирение, существенно увеличилась. (Allender S, Scarborough P, Peto V., 2008; [www.ehnheart.org/cms/site/showdoc.asp?id=7071](http://www.ehnheart.org/cms/site/showdoc.asp?id=7071) 2009).

### **Роль оценки пожизненного риска в стратегии первичной профилактики**

Несмотря на то, что концепция оценки пожизненного риска для медицинского сообщества относительно новая, она в течение многих лет применялась в страховой отрасли, чтобы определить соответствующие уровни страховых сбережений. Страховые компании уже давно поняли, что риск развития болезни и смертность от сердечно-сосудистых факторов риска увеличиваются с продолжительностью воздействия и что выгоды, получаемые от вмешательства зависят от возраста, с которого начинается вмешательство, будь то изменения в образе жизни или лекарственной терапии.

В рекомендациях комитета экспертов Российского Общества Кардиологов (РКО) и Национального Общества по Атеросклерозу (РНОА) отмечено, что для первичной профилактики атеросклероза в практическом здравоохранении рекомендуется использовать алгоритм SCORE. Он оценивает 10-летний фатальный риск от сердечно-сосудистых заболеваний. При скрининге и отборе пациентов для проведения первичной профилактики алгоритм SCORE широко применяется в РФ. В тоже время, применение только одной модели прогноза в частности краткосрочной 10-летней оценки риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в качестве единственного показателя риска

проблематично, поскольку цель первичной профилактики заключается в снижении сердечно-сосудистого риска на протяжении всей жизни, а не только 10 лет.

Несмотря на широкое применение системы алгоритма SCORE в практическом здравоохранении за последние годы в международную практику вошло в обиход такое понятие, как пожизненный сердечно-сосудистый риск. При разработке стратегии и тактики первичной профилактики ССЗ и их исходов в последние годы важную роль стали придавать оценке именно пожизненного риска. Это нашло отражение в опубликованном в 2015 году Меморандуме международного общества по изучению атеросклероза International Atherosclerosis Society (IAS) «Общие рекомендации по лечению дислипидемии». Во взвешенной позиции экспертной рабочей группы IAS отмечено, что в рамках первичной профилактики следует отдавать предпочтение переходу к пожизненному (долговременному) прогнозированию риска с целью клинического вмешательства в отношении ХС ЛПНП (и атерогенных липопротеинов) и других факторов риска. Оценка пожизненного риска помогает врачам при обсуждении с пациентами мероприятий по первичной профилактике решить три ключевых вопроса: Почему пациент должен начать снижение риска развития ССЗ и их осложнений и что это даст? Когда он должен начать? Что ему делать? Для оценки пожизненного риска в международной практике существует несколько моделей.

Система PROCAM (Assmann et al. 2007) оценивает пожизненный риск. Она похожа на Фрамингемскую шкалу за исключением того, что откорректирована для европейской популяции (<http://www.chd-taskforce.de>). При её использовании в алгоритме кроме определения пожизненного риска оцениваются сердечно-сосудистые исходы по Фрамингемским критериям (инфаркт миокарда, поражение коронарных артерий, смерть от ИБС, стенокардия, инсульт атеротромботического генеза, перемежающаяся хромота или другая сердечно-сосудистая смерть).

Среди моделей оценки «пожизненного риска» следует особо отметить такие алгоритмы, как - QRISK, QRISK 2 (2008), Lloyd-Jones/Framingham (2006) и JBS III (2014). Их следует применять только для лиц низкого и умеренного сердечно-сосудистого риска и нельзя использовать, если у больного имеется ИБС или другие документированные сердечно-сосудистые заболевания.

Английская система QRISK (2008, 2010, 2012) с применением калькулятора для расчета пожизненного риска. Модель QRISK была разработана по результатам проспективного исследования в разных когортах пациентов по данным, полученным от 563 врачей общей практики в Великобритании с 1994 года по 2010 год. Это исследование включало 2 343 759 пациентов в выборке для получения данных и 1 267 159 пациентов в выборке для подтверждения данных. Алгоритм QRISK оценивает пожизненный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний таких, как: ИБС, инсульт, транзиторная ишемическая атака (мини-инсульт), стенокардия или сердечный приступ ишемии. Модель QRISK оценивает пожизненный риск по следующим критериям: статус курения, этническая принадлежность, систолическое артериальное давление,

данные по соотношению общей концентрации холестерина и липопротеинов высокой плотности, индекс массы тела и семейный анамнез ИБС у лиц в возрасте менее 60 лет. Однако, несмотря на востребованность, простоту и информативность данной модели она несколько недооценивает риски в связи с тем, что включает меньше конечных точек, чем Фрамингемский алгоритм. Калькулятор для расчета пожизненного риска QRISK2 приведен на сайте [www.qrisk.org/lifetime/](http://www.qrisk.org/lifetime/).

Американская система оценки пожизненного риска Lloyd-Jones/Framingham (2006). Эта модель разработана на основе Фрамингемского алгоритма и включает оценку сердечно-сосудистого риска на период всей оставшейся жизни. Факторы риска в данной модели традиционные: общий холестерин, систолическое артериальное давление, курение сигарет и сахарный диабет. При этом курение сигарет и наличие сахарного диабета определены как важнейшие факторы риска. Были выделены четыре уровня риска по холестерину и артериальному давлению. В этом алгоритме фатальные сердечно-сосудистые осложнения такие же, как и в алгоритме SCORE, но добавлены нефатальные осложнения – инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, стенокардия, острые нарушения мозгового кровообращения атеротромботического генеза и перемежающаяся хромота. Следует отметить, что алгоритм Lloyd-Jones/Framingham (2006) в большей степени применим для оценки сердечно-сосудистого риска у пожилых лиц, у которых еще не было больших сердечно-сосудистых событий (табл.1, 2).

Таблица 1

**Алгоритм оценки риска по Lloyd-Jones/Framingham в зависимости от основных факторов сердечно-сосудистого риска**

Фактор риска	Малый*	Умеренный*	Значительный
Общий Холестерин (ммоль/л)	4,63-5,12	5,12-6,15	>6,15
Систолическое АД (мм рт. ст.)	120-139	140-159	> 160
Курение сигарет	0	0	+++
Сахарный диабет	0	0	+++

\* Термин «малый» относится к нежелательным показателям, а термин «умеренный» относится к степени повышения, применявшейся Lloyd-Jones et al. (2006).

Таблица 2

**Риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц в возрасте до 80 лет (Lloyd-Jones et al., 2006).**

**Основано на Фрамингемском алгоритме**

Фактор риска, СС риск	Мужчины	Женщины
Отсутствует	5%	8%
≥1, малый	25%	10%
≥1, умеренный	38%	22%
1, значительный	45%	25%
≥2, значительный	60%	45%

Английский алгоритм Joint British Societies Guidelines JBS-III (2014) ([http://www.jbs3risk.com/pages/risk\\_calculator.htm](http://www.jbs3risk.com/pages/risk_calculator.htm)). Это рекомендации Объединенных Научных Обществ, 3-го пересмотра (Joint British Societies Consensus Recommendations for the prevention of cardiovascular disease JBS3). Они вышли в марте 2014 года и привлекли внимание специалистов. Основное достоинство и отличие этих Рекомендаций заключаются в том, что это согласованный документ 10 британских научных обществ.

Фокус этих рекомендаций – оценка не только кратковременного 10-летнего сердечно-сосудистого риска, но и пожизненного риска для контроля ключевых сердечно-сосудистых факторов риска, начиная с 30 лет. Эта модель математического моделирования рассматривается важным вопросом, когда лучше начать медикаментозное лечение, как с клинической точки зрения, так и экономической. Преимущество калькулятора JBS-III заключается в том, что в случае низкого краткосрочного риска, пожизненный риск может быть высоким, а, значит, имеет смысл в раннем немедикаментозном/медикаментозном вмешательстве, то есть шанс своеобразно «инвестировать в сосуды» (Professor John Deanfield). По модели JBS-III для человека, можно рассчитать возраст, в котором следует начинать вмешательство по устранению факторов риска снижению артериального давления, отказу от курения или, которое дает наибольшую пожизненную выгоду не только пациенту, но и для органов здравоохранения. Калькулятор JBS-III является инструментом, который позволяет оценить результативность вмешательства и сохранить баланс между клинической и экономической эффективностью процедур для разных возрастов. Кроме того, данная модель дает возможность показать, что для большинства изменений или вмешательств, это никогда не слишком поздно, чтобы получить какую-то выгоду. Одной из основных задач модели JBS3 является реализация идеи оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний в течение всей жизни, чтобы помочь в принятии решений по проведению стратегии профилактики с изменением образа жизни и, при необходимости, лекарственной терапии. Калькулятор оценки риска JBS3 с новыми мерами и средствами связи направлен на расширение прав и возможностей пациентов, чтобы сделать соответствующие решения об их образе жизни и лечении, основанных на лучшем понимании их личного сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) рисков.

Алгоритм JBS-III имеет удобный пользовательский интерфейс. При оценке пожизненного риска, учитываются следующие показатели: возраст, пол, этническая принадлежность, статус по курению, липиды (общий холестерин), холестерин ЛВП, систолическое АД (мм рт. ст.), рост и вес (калькулятор автоматически подсчитывает индекс массы тела). При этом принимается во внимание получает ли пациент антигипертензивную терапию?, страдает ли он сахарным диабетом?, есть ли у пациента хронические заболевания почек, мерцательная аритмия или ревматоидный артрит? Из семейного анамнеза по ССЗ, страдают ли родственники пациента первой линии родства моложе 60 лет сердечно-сосудистыми заболеваниями?,

Преимущество нового калькулятора JBS-III заключается в том, что в случае низкого краткосрочного риска пожизненный риск может быть высоким, а, значит, имеет смысл в раннем немедикаментозном/медикаментозном вмешательстве.

Таким образом, концепция оценки пожизненного риска с помощью различных моделей имеет право на существование. Это обусловлено тем, что она является инструментом, который позволяет принять аргументированное решение по отношению к пациентам низкого и умеренного риска по проведению мероприятий первичной профилактики в связи с тем, что у них имеется высокий пожизненный риск развития ССЗ и их осложнений.

#### Литература

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008.
2. De la Peña-Fernandez A, Suarez-Fernandez C, Cuende-Melero I, Munoz-Rodriguez , Garre-Canovas J, Camafort-Babkowski M, Roca Villanueva B, Alcalá Pedraja J; Grupo estudio CIFARC. Grupo Riesgo Vascular SEMI. Integral control of risk factors in patients of high and very high cardiovascular risk in Spain. CIFARC Project Med Clin (Barc) 2005;124:44.
3. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A. European Cardiovascular Disease Statistics, 2008 Edition. European Heart Network. [www.ehnheart.org/cms/site/showdoc.asp?id=7071](http://www.ehnheart.org/cms/site/showdoc.asp?id=7071) (12 August 2009).
4. Калькулятор для расчета пожизненного риска QRISK2 приведен на сайте [www.qrisk.org/lifetime/](http://www.qrisk.org/lifetime/).
5. Английский алгоритм Joint British Societies Guidelines JBS-III, (2014) ([http://www.jbs3risk.com/pages/risk\\_calculator.htm](http://www.jbs3risk.com/pages/risk_calculator.htm))
6. Английский алгоритм оценки пожизненного риска Joint British Societies Guidelines JBS-III (2014). ([http://www.jbs3risk.com/pages/risk\\_calculator.htm](http://www.jbs3risk.com/pages/risk_calculator.htm))
7. Система PROCAM (Assmann et al. 2007) <http://www.chd-taskforce.de>
8. Алгоритм Joint British Societies Guidelines JBS-III (2014) ([http://www.jbs3risk.com/pages/risk\\_calculator.htm](http://www.jbs3risk.com/pages/risk_calculator.htm))

## **ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА**

***Симерзин В.В., Фатенков О.В., Гаглоева И.В.,  
Константинов Д.Ю., Рубаненко О.А., Галкина М.А.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Альтернативы Болонскому процессу у нас просто на просто нет. Подписав Болонскую декларацию, Россия подтвердила свою приверженность целям интеграции в общеевропейское пространство высшего образования и присоединилась к процессу его формирования. Болонская декларация требует создания единой структуры уровней образования в различных странах для того, чтобы они были сопоставимы.

Болонский процесс предполагает компетентностный подход к подготовке специалистов и качеству образования. В плане комплекса мероприятий по реализации положений Болонской декларации в системе высшего бюджетного профессионального образования Российской Федерации (приказ Минобрнауки России от 15.02.2005 г. № 40) предусмотрено введение в практику высшего

профессионального образования федеральных государственных образовательных стандартов высшего бюджетного профессионального образования третьего поколения (ФГОС ВПО) на основе компетентностного подхода и системы зачетных единиц.

В настоящее время в системе высшего образования осуществляется переход от знаниевой модели образования к компетентностному подходу. Любые попытки противопоставления компетентностного подхода знаниевой модели образования, предпринимаемые, по-видимому, с самыми лучшими намерениями, в действительности вводят в заблуждение и преподавателей, и студентов, и общественность, и деловые круги.

Тенденция движения «от понятия квалификации к понятию компетенции» является общеевропейской и даже общемировой. Она выражается в том, что усиление познавательных и информационных начал в современном учреждении не исчерпывается традиционным понятием профессиональной квалификации. Более адекватным становится понятие компетентности. На практике это означает, что реальный учебно-воспитательный процесс в вузах нашей страны будет коренным образом изменен. Усилия преподавателей будут направляться на создание условий для формирования профессионально и социально значимых компетенций у студентов: на первое место выдвигается не задача, освоения знаний, умений и навыков студентами, а формирование способности к самоорганизации в учебной, профессиональной деятельности, жизнедеятельности, способности к приобретению и развитию профессиональных компетенций.

Смыслом учебной работы преподавателя университета становится обучение студентов работе в режиме самообразования, удовлетворения потребности личности в знаниях, позволяющих ей адаптироваться в современном мире. Конечно, такие идеальные требования могут реализоваться лишь при наличии идеальных студентов, ибо современная практика повседневной жизни вузов убедительно показывает, что в ряде случаев студент не имеет прочной мотивации к получению качественного образования. Отсюда вытекает настоятельная необходимость формирования стойкого интереса к учебе у студентов еще на уровне среднего образования. Тем не менее, как ни относиться критически к современным предпочтениям Министерства образования и науки, но «*Dura lex, sed lex*».

Принятие компетентностного подхода к оценке результатов образования должно привести к формированию новой системы оценочных средств, с переходом от оценки знаний к оценке компетенций. Речь идет не о перестройке содержания образования, а о совершенствовании образовательных технологий на основе постоянного взаимодействия преподавателя со студентом (Мелехова О.П., 2008). Ближайшей новой для нас задачей является разработка педагогических приемов формирования универсальных компетенций, а также адекватных критериев и методик оценки уровня достижения студентами запланированных компетенций.

В связи с введением в практику высшего бюджетного профессионального образования федеральных образовательных стандартов высшего профессио-

нально образования третьего поколения (ФГОС ВПО) реальный учебный процесс в вузах значительно изменится. При этом, исходя из требования новых стандартов, в реальной практике усилия преподавателя следует существенно переориентировать. Они будут направлены на создание условий для формирования профессионально и социально значимых компетенций у студентов: не полученные знания и даже не владение ими становятся ориентиром образования, а формирование способности к самоорганизации в учебной, профессиональной деятельности, жизнедеятельности, способности к приобретению и развитию профессиональных компетенций.

Как отмечает О.П. Мелехова (2008) в проекте ФГОС ВПО - 2007 ключевые понятия дефинированы следующим образом: «компетенция» - это способность применять знания, умения и личностные качества для успешной деятельности в определенной области; «результаты обучения» - усвоенные знания, умения и основные компетенции. Однако, и раньше было известно, что хороший, креативно мыслящий и думающий преподаватель считал это вполне естественным и поэтому уделял именно этим моментам особое внимание («Non schole, sed vita distimus»), просто в те годы не употреблялось нынче модное понятие «компетенция», которое у всех стало «на слуху».

Термин «компетентный» - лат. *competens (competentis)* - означает соответствующий, способный. Понятие компетентности тесным образом связано с понятием «компетенция». В различных толковых словарях определения понятия «компетенция», хотя и несколько отличаются друг от друга по своему содержанию, но содержат: круг вопросов; знание и опыт в той или иной области. В научной литературе в понятие компетентности включается, помимо общей совокупности знаний, знание возможных последствий конкретного способа воздействия, уровень умений и опыт практического использования знаний.

Как отмечает В.И. Байденко (2002), в понятие компетентности включается, в научной литературе помимо общей совокупности знаний, знание возможных последствий конкретного способа воздействия, уровень умения и опыт практического использования знания. Отечественные и зарубежные исследователи, прежде всего, выделяют ключевые компетенции (базовые навыки, ключевые квалификации, универсальные или базовые компетентности), они первичны и являются приматом профессиональных компетенций, многомерны и включают познавательные, операционально-технологические, эмоционально-волевые и мотивационные компоненты. Под профессиональной компетенцией понимается личная способность специалиста решать широкие профессиональные задачи и его готовность к профессиональной деятельности в меняющихся условиях, непредсказуемых сложных ситуациях.

Компетентносный подход направлен на получение компетенций - интегрированного результата образования, основной акцент ставится не на получении суммы знаний, умений и навыков, а на формирование системности знаний и набора компетенций. Системность знания - это такое качество знаний, которое характеризует наличие в сознании студента структурных связей внутри

научной теории. Так в системе должны формироваться знания о теории, законе, понятии, научном факте, эксперименте, прикладном знании. Содержание учебных дисциплин должно быть спланировано с учетом принципа междисциплинарных связей. Эти связи выступают как эквивалент межнаучных и являются психологической основой межсистемных ассоциаций в сознании студента и, в конечном счете, обеспечивают целостность его личности.

Исходя из современных представлений, компетентность - это не только наличие знаний и опыта, но и умение распорядиться ими в ходе реализации своих полномочий. Понятие компетентности шире понятия знания, или умения, или навыка, - оно включает их в себя. Более того, именно компетенцию дополняют следующие составляющие: когнитивную - знания, опыт; функциональную - умения, владение; личностную - предполагающую поведенческие умения в конкретной ситуации; этическую предполагающую наличие определенных личностных и профессиональных ценностей.

ФГОС ВПО третьего поколения разработаны в рамках компетентностно-кредитного формата и предполагают новое проектирование результатов образования в соответствии с моделями компетентностного подхода. При этом в ФГОС ВПО результаты обучения выражаются не в виде временных затрат, требуемых на освоение той или иной образовательной программы, а в терминах кредитов (зачетных единиц) и наборе сформированных компетенций.

В медицинских ВУЗах, особенно на клинических кафедрах, следует создать и обновить учебно-методическое обеспечение и систему учебных средств, для реализации компетентностной парадигмы образования Федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования. Учебно-методическое обеспечение поможет преподавателям правильно спроектировать основные образовательные программы на основе ФГОС ВПО, в частности выбрать инновационные методы и технологии обучения необходимые для формирования общих и профессиональных компетенций обучаемых студентов.

Более того при сравнении традиционной и компетентностной модели специалиста вуза следует отметить, что компетентностная модель отличается от традиционной не столько более детальной разработкой личностного компонента, сколько содержанием смыслов и целеполаганий специалиста. В качестве элементов модели здесь рассматриваются не только обязательные профессионально-предметные и личностно-креативные стороны модели, но и смыслы и целеполагания, тип мышления. Включение в компетентностную модель целей постиндустриального образования ее заметно обогащает и вскрывает гуманистическую сущность.

#### **ФГОС III поколения требует:**

- Компетентностный подход к образованию;
- Модульную структуру учебных планов;
- Внедрение инновационных образовательных технологий;
- Новое методическое обеспечение образовательного процесса;
- Конечный результат - качество практической подготовки выпускника.

В ФГОС ВПО третьего поколения набор общих компетенций для одного направления образования должен быть одинаков, а наборы профессиональных (специальных) компетенций для бакалавра, специалиста и магистра, - отличаться по объему: количество компетенций возрастает, при увеличении уровня образования.

### **Общие компетенции:**

- **общенаучные (фундаментальные)**, в т.ч. гуманитарно-социальные и экономические, включающие базовые знания в области математики и естественных наук, гуманитарных и социально-экономических наук; базовые лингвистические навыки; способность понимать и использовать новые идеи и др.;
- **социально-личностные и коммуникативные**, включающие способность к критике и самокритике, терпимость, умение работать в коллективе, общую культуру, приверженность этическим ценностям;
- **инструментальные**, включающие способность использовать в профессиональной деятельности базовые знания в области современных информационных технологий и навыки использования программных средств, умения работать на серийной аппаратуре;
- **организационно-управленческие**, в том числе системные, включающие способность организовать и спланировать работу; способность применять навыки на практике; умение извлекать и анализировать информацию из различных источников; способность адаптироваться к новым ситуациям; знание организационно - правовых основ своей деятельности.

### **Профессиональные (специальные) компетенции:**

- базовые общепрофессиональные знания в избранной сфере деятельности;
- профессионально профилированные (специализированные) знания в соответствии с конкретной профилизацией или специализацией выпускника.

В новых учебных планах учебные дисциплины объединены в модули (блоки) в зависимости от обеспечения определенного набора компетенций выпускника:

- поддерживающий (фундаментальный) блок (50-70 зачетных единиц) формирует общенаучные и инструментальные компетенции выпускника. Так, в стандартах направлений для бакалавров выделяются:
- гуманитарно-социальный блок (25-30 зачетных единиц) - формирует гуманитарные, общекультурные, социально-личностные и коммуникативные компетенции;
- организационно-экономический блок (10-15 зачетных единиц) - формирует системные, организационно-управленческие и экономические компетенции;

- основной профессиональный (теоретический) блок (80-100 зачетных единиц), - формирует базовые обще-профессиональные и специальные профессионально-профилированные компетенции выпускника;
- переносимый (практический) блок (36-40 зачетных единиц) - обеспечивает перенос знаний на практике и включает базовые учебные и производственные практики, курсовую и выпускную работы.

Россия должна войти в систему образовательного пространства в соответствии с общеевропейскими требованиями и добиться признания отечественных, дипломов в европейских странах. Но для этого дипломы наших вузов должны признаваться в других странах не только де-факто, как уже произошло в последнее десятилетие, но и де-юре. А для этого необходимо соблюсти определенные юридические тонкости и привести в соответствие с требуемыми международными нормами и стандартами всю образовательную высшую школу Ф. Смирнов (2005).

Таким образом, компетентностный подход - это одно из наиболее прогрессивных направлений в совершенствовании системы образования, которое увязывает в единую систему - систему компетенций - формируемые у студентов знания, умения, навыки с качествами их личности, которые принято называть профессионально значимыми качествами.

При компетентностном подходе вектор состояния образования будущего специалиста, который в процессе обучения подвергается целенаправленному интенсивному воздействию для достижения заранее заданных целей (или минимальных стандартов), существенно увеличивает свою размерность. К знаниям, умениям и навыкам добавляются новые компоненты: личностные, социальные, коммуникативные, информационные, образовательные компетенции. Список новых компонентов может расширяться, размерность вектора при этом может расти и дальше. Важным аспектом здесь представляется не просто перечисление этих компонентов и объяснение определенного их уровня конечным результатом, а становление молодого специалиста.

Именно социально-личностные, экономические и организационно-управленческие, общенаучные и общепрофессиональные компетенции служат фундаментом, позволяющим выпускнику гибко ориентироваться на рынке труда и быть подготовленным к продолжению образования, как в ВУЗе, так и в системе после получения диплома.

#### **Литература**

1. Байденко В.И. Компетенции: к проблемам освоения компетентностного подхода. - М, 2002. - 320 с.
2. Вербицкий А.А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения: Материалы к четвертому заседанию методологического семинара 16 ноября 2004 г. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. - 84 с.
3. Гришанова Н.А. Компетентностный подход в обучении взрослых: Материалы к третьему заседанию методологического семинара 28 сентября 2004 г. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. - 16 с.

4. Байденко В.И, Ван Зантворт Дж. Модернизация профессионального образования: современный этап. Изд. 2-е допол. и перераб. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2003. - 674 с.
5. Доклад всемирного банка: Формирование общества, основанного на знании. Новые задачи высшей школы. М: весь мир, 2003.
6. Зимняя И.А. Ключевые компетенции - новая парадигма результата образования // Высшее образование сегодня, 2003. N~ 5. С. 34-42.
7. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно целевая основа компетентностного подхода в образовании. Авторская версия. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. - 40 с.
8. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года (утв. Распоряжением Правительства России от 29.12.2001 г. N1756-р).
9. Кузьминов Я.И, Любимов Л.Л, Ларионова МВ. Европейский опыт формирования общего понимания содержания квалификаций и структур степеней. Компетентностный подход // www.gc.edu.ru
10. Соловова Н.В., Гарькин В.П., Николаева СВ. Инновационные методы обучения и реализация компетентностного подхода / «Инновационные технологии в образовательной деятельности вуза: опыт, проблемы, пути решения». Самара. 2008. - С.133-140.
11. Татур, Ю.Г. Высшее образование: методология и опыт проектирования: учеб.-метод. пособие / Ю.Г. Татур. М.: Логос, 2006.256 с.
12. Управление в высшей школе: опыт, тенденции, перспективы / рук. авт. коллектива В.М. Филиппов. 2-е изд. М.: Логос, 2006.488 с.
13. Slaughter, S Academic capitalism. Politics, politicians and the Entrepreneurial University. Akademia Capitalism / S. Slaughter, L. Leslie. Baltimore, MA: The John Hopkins University Press, 1997.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ  
ПОДХОДОВ К ОБУЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХСН**  
*Симерзин В.В., Фатенков О.В., Гарькина С.В., Гаглоева И.В., Реут Л.И.,  
Горькова Н.Б., Светлова Г.Н., Маматова Л.С., Пронская О.П.*  
*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Обучение пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является неотъемлемой частью их комплексного лечения, так как оно способствует достоверному снижению уровня осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН, 2007; Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н., 2004; Якушин С.С., Никулина Н.Н., Зайцева Н.В. и др., 2004). Данные исследований, проведенных в ряде стран, подтверждают, что использование специализированных программ обучения и амбулаторного ведения пациентов с ХСН является достаточно эффективным методом, позволяющим улучшить качество лечения данной патологии (Неклюдова Ю.Н., Мураталиев Т.М., Махмутходжаев С.А. и др., 2007; Gustafsson F., Malcolm J., Arnold O., 2004; Huffman M., 2007; Laprerie A.L., Hossler V., Stora O. et al., 2007; Rabelo E.R., Aliti G.B., Domingues F.B. et al., 2007).

Реализация обучающих программ с использованием полученных знаний, навыков и умений у лиц пожилого и старческого возраста порой существенно затруднена. Следует учитывать и принимать во внимание ряд психосоциальных факторов и возможных инволютивных особенностей характерных для данного возраста и ассоциированных с ними состояний (когнитивных, интеллектуально-мнестических нарушений, снижения слуха, остроты зрения, способности к передвижению и т.д.).

В связи с этим, актуальным является поиск наиболее эффективных в медицинском и экономическом плане методик обучения данной группы пациентов.

**Цель исследования** - оценить эффективность лечения пациентов пожилого возраста страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с использованием различных методик их обучения.

**Методы исследования.** В исследование было включено 118 больных пожилого возраста с ХСН II-III функционального класса ишемической этиологии в сочетании с артериальной гипертензией, находящихся на лечении в клинике факультетской терапии Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ). Среди пациентов было 62 женщины (52,6%) и 56 мужчин (47,4%). Средний возраст больных составил  $67,5 \pm 4,7$  лет: у мужчин  $68,0 \pm 4,4$  года, у женщин  $65,2 \pm 5,4$  года. После получения информированного согласия на участие в исследовании пациенты были рандомизированы на три статистически сопоставимые по основным клиническим и демографическим показателям группы.

В I группу включено 39 пациентов, которым реализована классическая групповая модель обучения. В стационаре давались рекомендации по самоконтролю симптомов, диете, режиму физической активности, распорядку дня, и после выписки проводились последующие периодические осмотры в рамках диспансерного наблюдения.

Во II группе было 40 пациентов, прошедших индивидуальное обучение на основе модели эффективного врачебного консультирования. Помимо предусмотренных в классической модели обучения и мероприятий, после выписки осуществлялись регулярные телефонные контакты с пациентом для отчета о самочувствии, проводилось обучение его членов семьи, и оценивалась приверженность к выполнению врачебных назначений. При необходимости проводилось психологическое консультирование пациентов и психотерапевтические вмешательства.

В III – группу контроля вошли 39 пациентов, которым проводилась традиционное лечение в обычных поликлинических условиях.

Длительность периода наблюдения составила 6 месяцев.

Все больные получали стандартную фармакотерапию рекомендованную ОССН при лечении ХСН (Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН, 2007), включающую ингибиторы АПФ,  $\beta$ -блокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона и дигоксин (при необходимости).

Для объективизации ФК ХСН использовались тест 6-минутной ходьбы и Шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС) (модификация В. Ю.

Мареева, 2000) при поступлении и после выписки из стационара (Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН, 2007). Сравнимые группы пациентов до начала лечения не имели статистически достоверных различий по полу, возрасту, длительности заболевания, тяжести сердечной недостаточности, исходным параметрам гемодинамики.

Всем пациентам проводилось исследование качества жизни в период госпитализации и через 6 месяцев после лечения в стационаре. Для оценки качества жизни использовали анкеты: неспецифический опросник SF-36 (Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B., 1993), модернизированный Миннесотский опросник «Жизнь больного с сердечной недостаточностью» (MLHFQ) (Rector TS, Kubo SH, Cohn JN., 1997). При использовании анкет более высокий балл свидетельствовал о более низком КЖ.

Приверженность к лечению оценивалась на контрольном визите через 6 месяцев после выписки из стационара на основании того, сколько таблеток было использовано из упаковки. Каждые 1-2 недели осуществлялись регулярные телефонные контакты с пациентами II группы для отчета о регулярности приема лекарств. Средняя приверженность вычислялась в проценте (от назначенного количества) принятых в течение 2-х месяцев таблеток. Употребление 80% назначенных врачом лекарств считалось хорошей приверженностью к лечению. Дополнительно приверженность пациента к медикаментозной терапии оценивалась по тесту Мориски–Грина (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986).

### Полученные результаты

Характер динамических изменений клинического состояния больных ХСН в течение 6 месяцев после выписки из стационара показан в таблице 1.

Таблица 1

#### Динамика клинического состояния пациентов в течение 6 месяцев после выписки из стационара

Признак	Результаты, абс. (%)		
	I группа n=39	II группа n=40	III группа (контрольная) n=39
Субъективное улучшение	29 (74,36%)	33 (82,50%)	27 (69,23%)
Усиление терапии	7 (17,90%)	5 (12,50%)	10 (25,64%)
Незапланированные визиты к врачу в связи с нарастанием симптоматики (декомпенсации) ХСН	4 (10,26%)	2 (5,00%)	7 (17,95%)
Вызовы СМП	4 (10,26%)	1 (2,50%)*#	5 (12,82%)
Госпитализации вследствие декомпенсации ХСН	3 (7,69%)*	2 (5,00%)*	8 (20,51%)

\* отличия от контрольной группы статистически достоверны  $p < 0,05$

# отличия от I группы статистически достоверны  $p < 0,05$

Динамика показателей ШОКС и результатов теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) у всех пациентов через 6 месяцев после выписки из стационара была положительной. Однако статистически достоверное улучшение результатов теста 6-минутной ходьбы наблюдалось только во II группе, где проводилось индивидуальное обучение и активное амбулаторное наблюдение пожилых пациентов с ХСН. Средняя дистанция ТШХ в этой группе после лечения составила  $442,34 \pm 5,12$  м, по сравнению с результатами в I группе ( $419,12 \pm 4,91$  м) и группе контроля ( $398,74 \pm 5,08$  м) соответственно (табл. 2).

Таблица 2

**Динамика показателей ШОКС и ТШХ у больных пожилого возраста с ХСН через 6 месяцев после выписки из стационара**

Признак	Характеристика признака	Группы больных		
		I группа n=39	II группа n=40	III группа (контрольная) n=39
ШОКС	Исходная оценка, баллы	$6,72 \pm 0,13$	$6,26 \pm 0,16$	$6,06 \pm 0,17$
	Оценка через 6 мес. наблюдения и лечения, баллы	$5,68 \pm 0,09$	$5,04 \pm 0,09$	$5,89 \pm 0,08$
ТШХ	Исходная дистанция ТШХ, м	$312,41 \pm 5,23$	$314,17 \pm 4,91$	$310,95 \pm 5,14$
	Дистанция ТШХ через 6 мес. наблюдения и лечения, м	$419,12 \pm 4,91$	$442,34 \pm 5,12^{*#}$	$398,74 \pm 5,08$

\* отличия от контрольной группы статистически достоверны  $p < 0,05$

# отличия от I группы статистически достоверны  $p < 0,05$

Динамика основных гемодинамических параметров по данным ЭхоКГ через 6 месяцев после выписки из стационара была также позитивной у большинства пациентов (табл. 3). Получено достоверное увеличение ФВ ЛЖ (прирост более 3%) во II группе у 27,5% пациентов, в то время как в остальных группах количество таких пациентов не достигает 11%.

Таблица 3

**Динамика показателей ЭхоКГ у больных пожилого возраста с ХСН через 6 месяцев после выписки из стационара**

Признак	Характеристика признака	Результаты, абс. (%)		
		I группа n=39	II группа n=40	III группа (контрольная) n=39
КДР ЛЖ	Уменьшение > 2мм	3 (7,69%)	5 (12,5%)	3 (7,69%)
	Без существенной динамики	36 (92,31%)	34 (85,0%)	35 (89,74%)
	Увеличение > 2мм	-	1 (2,5%)	1 (2,57%)
ФВ ЛЖ	Прирост > 3%	3 (7,69%)	11 (27,5%) <sup>*#</sup>	4 (10,25%)
	Без существенной динамики	35 (89,74%)	28 (70,0%)	34 (87,18%)
	Снижение > 3%	1 (2,57%)	1 (2,5%)	1 (2,57%)

\* отличия от контрольной группы статистически достоверны  $p < 0,05$

# отличия от I группы статистически достоверны  $p < 0,05$

У всех пациентов исходно отмечалось неудовлетворительное качество жизни (КЖ) по данным опросника SF-36 и модернизированного Миннесотского опросника, статистически значимых различий между группами не было (табл. 4). При сравнительном анализе КЖ с помощью модернизированного Миннесотского опросника выявлено наибольшее ухудшение показателей по пунктам, отражающим физический и экономический статусы больного. Несколько выше уровень качества жизни был по пунктам, отражающим эмоциональное состояние пациента и социальный статус. После проведенного лечения произошло достоверное улучшение показателей по всем разделам анкеты (физическому, психоэмоциональному, экономическому, социальному статусам), однако результаты были несколько лучше во II группе, где проводилось индивидуальное обучение и активное амбулаторное наблюдение пациентов.

Таблица 4

**Динамика изменения качества жизни пациентов с ХСН**

Признак	Характеристика признака	Группы больных		
		I группа n=39	II группа n=40	III группа (контрольная) n=39
Качество жизни SF-36	Исходная оценка, баллы	54,3±3,9	53,8 ±4,3	55,2±3,8
	Оценка через 6 мес наблюдения и лечения, баллы	19,8±4,2*	18,1±4,3**	22,4±3,6***
Качество жизни MLHFQ	Исходная оценка, баллы	67,8±4,2	67,2±3,4	66,8±4,8
	Оценка через 6 мес наблюдения и лечения, баллы	26,9±3,9*	26,3±3,2**	28,9±4,3***

\* отличия от результатов I группы до лечения статистически достоверны  $p < 0,05$

\*\* отличия от результатов II группы до лечения статистически достоверны  $p < 0,05$

\*\*\* отличия от результатов III группы до лечения статистически достоверны  $p < 0,05$

В настоящем исследовании при оценке степени приверженности пациентов к лечению получены следующие результаты.

В контрольной (III) группе через 6 месяцев после выписки из стационара приверженность к лечению находилась в пределах 54–100%. При обучении пациентов в I группе была достигнута значительно лучшая приверженность к выполнению врачебных назначений – 92-100%, в то время как среди пациентов II группы – 94- 100%.

По данным теста Мориски-Грина через 6 месяцев после выписки из стационара высокая комплаентность наблюдалась у 31 пациента (77,5%) II группы, 26 (66,7%) пациентов I группы и только у 13 пациентов (33%) группы контроля.

**Выводы.**

Результаты исследования показали, что использование любой организационной модели обучения пожилых пациентов с ХСН способствует реальному снижению частоты осложнений и улучшению качества лечения заболевания. Происходит достоверное снижение числа вызовов скорой помощи и дополнительных госпитализаций, связанных с декомпенсацией ХСН.

Следовательно, комплексный подход к обучению пожилых пациентов является эффективным и экономически выгодным мероприятием. У данной группы больных целесообразно проведение индивидуальных занятий, использование телефонного контроля и привлечение к обучению родственников пациента, что позволяет добиться лучшей приверженности к лечению.

Необходимо отметить, что у пациентов, участвующих в программах обучения, по результатам ЭхоКГ чаще наблюдалась положительная динамика показателей морфофункциональных нарушений по сравнению с контрольной группой. Применение комплекса образовательных мероприятий у пожилых пациентов с ХСН способствовало достоверному улучшению общего самочувствия и качества жизни во всех случаях, но в большей степени в группе активного амбулаторного наблюдения пациентов. Это позволяет рекомендовать в повседневной клинической практике более широкое использование подобного подхода к обучению пациентов пожилого возраста страдающих ХСН.

#### Список литературы

1. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Журнал Сердечная Недостаточность. 2007; 8 (3): 112-116.
2. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2004; 5 (1): 4-7.
3. Якушин С.С., Никулина Н.Н., Зайцева Н.В. и др. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III-IV ФК: клинические и инструментальные доказательства. Журнал Сердечная Недостаточность. 2004; 5 (5): 240-243.
4. Неклюдова Ю.Н., Мураталиев Т.М., Махмутходжаев С.А. и др. Роль обучающих программ в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007; 6 (5): 218-219.
5. Gustafsson F., Malcolm J., Arnold O. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance // Eur. Heart J. – 2004. – № 25 (18). – P. 1596-1604.
6. Huffman M. Health coaching: a new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes // Home Healthc Nurse. – 2007. – № 25 (6). – P. 398.
7. Laprerie A.L., Hossler V., Stora O. et al. Education and multidisciplinary management in chronic heart failure // Presse Med. – 2007. – № 36. – P. 985-989.
8. Rabelo E.R., Aliti G.B., Domingues F.B. et al. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics // Rev. Lat. Am. Enfermagem. – 2007. – № 15 (1). – P. 165-170.
9. Miche E., Herrmann G., Wirtz U. et al. Effects of education, self-care instruction and physical exercise on patients with chronic heart failure // Z. Kardiol. – 2003. – № 92 (12). – P. 985-993.
10. Беленков Ю.Н. Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни, показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты Российской программы «Шанс». Журнал Сердечная Недостаточность. 2007; 8(3): 112-116.
11. Pieta W.F., Bruggink-Andre de la Porte, Dirk J.A. Lok, Dirk J. van Veldhuisen et al. Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar heart failure study // Heart. – 2007. – № 93. – P. 819-825.

12. Roccaforte R., Demers C., Baldassarre F. et al. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis // Eur. J. Heart Fail. – 2005. – № 7 (7). – P. 1133-1144.
13. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993
14. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire. Heart failure. 1997;10:198-209.
15. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence//Med.Care 1986;24:67–73.

## **МЕЖЛАБОРАТОРНОЕ СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ФОРМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА. ИТОГИ ЦИКЛА**

*Симурзина С.С.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Обеспечение качества результатов лабораторных исследований – это необходимое условие успешной работы клиничко-диагностических лабораторий, направленное на получение результатов исследований, обеспечивающих врача достоверной информацией. Важной составляющей системы обеспечения качества исследований в медицинских лабораториях являются программы межлабораторных сравнений результатов (МСР) исследований (сличений).

КДЛ ГБУЗ СО « Самарская городская клиническая поликлиника №15 Промышленного района регулярно принимает участие в межлабораторном и внешнем контроле (ФСВОК). На сегодняшний день наша клиничко-диагностическая лаборатория имеет свидетельство об участии в Федеральной системе внешней оценки качества по всем видам направлениям деятельности (биохимия крови, гематология, онкомаркеры и т.д.), что говорит о высоком качестве проводимых в лаборатории исследований.

В марте-апрель 2015г. лаборатория имела возможность участвовать в программе межлабораторного сравнения результатов биохимических исследований ЗАО «Вектор Бест», направленная на оценку и улучшение сопоставимости результатов исследований, выполняемых в разных лабораториях в пределах конкретных территорий.

Повышение сопоставимости или, иными словами, гармонизация, результатов лабораторных исследований, выполняемых в разных учреждениях здравоохранения, особенно в условиях масштабного технического переоснащения, является актуальной проблемой современной лабораторной медицины. В качестве эффективного инструмента гармонизации рекомендуется использовать различные формы межлабораторного сравнения, организованные системами внешней оценки качества (ВОК). Обязательное участие в таких мероприятиях регламентируется требованиями национального стандарта РФ.

По мере развития лабораторной медицины (введения в практику новых методов и оборудования, расширения спектра доступных диагностических

тестов) все большее внимание уделяется вопросам качества лабораторных исследований. Одной из актуальных задач является обеспечение сопоставимости результатов, выполненных в разных учреждениях здравоохранения, организованными программами внешней оценки качества (ВОК).

ЗАО «Вектор Бест» при поддержке региональных центров по контролю качества и главных специалистов по лабораторной диагностике организует на безвозмездной основе циклы межлабораторного сравнения по разделу «Биохимия крови». В качестве контрольных материалов были использованы лиофилизированные сыворотки производства ЗАО «Вектор Бест» с концентрациями аналитов в нормальном и патологическом диапазонах.

При статистической обработке результатов, полученных в КДЛ, применяли методы, принятые для оценки результатов межлабораторных сравнительных испытаний. Целевые (опорные) значения вычисляли как средние величины для соответствующей группы после исключения данных, вышедших за пределы 2 среднеквадратических отклонений. Для установления целевых значений концентраций аналитов формировали группы, включающие лаборатории, используемый одинаковый метод определения, реагенты одного производителя. Наиболее часто КДЛ применяли для исследований наборы реагентов ЗАО «Вектор Бест» (Новосибирск), «Витал» (Санкт-Петербург), DiaSys (Германия), Human (Германия) и т.д.

Для оценки сопоставимости результатов анализа использовали коэффициент межлабораторной вариации. Его рассчитали на основе данных всех участников цикла (14 Медсанчасть; городская больница №4; СОКВД; СГКП № 15), выполнивших исследования одним методом, а также в группах КДЛ, работавших с наборами одного производителя.

Как известно, оценка достоверности результатов лабораторных исследований является очень важной проблемой современной медицины, поскольку в последние годы в практическую лабораторную диагностику вошли высокие автоматизированные технологии многих производителей диагностических средств, увеличился перечень лабораторных исследований, больные получили возможность обследоваться в различных учреждениях здравоохранения, которые могут находиться в разных районах, городах, странах. Поэтому необходимо иметь систему мониторинга сходимости, воспроизводимости и стабильности работы каждой индивидуальной лаборатории, позволяющую минимизировать расхождение (смещение) полученных в ходе исследований данных посредством проведения межлабораторных сравнений и регрессионного анализа, которые должны проводиться оперативно, по мере возникновения необходимости, доступными средствами и в удобные временные сроки.

Известен способ контроля качества клинических лабораторных исследований на уровне системы здравоохранения России и субъектов Российской Федерации (межлабораторный контроль качества), который осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ №45 от 07.02.2000 г., Федеральной системой внешней оценки качества (ФСВОК) на основе

обработки результатов, проведенных клинико-диагностическими лабораториями исследований образцов контрольных материалов, рассылаемых Центром внешнего контроля качества клинических лабораторных исследований и его региональными отделениями. Целью внешней оценки качества исследований является оценка степени сопоставимости результатов исследований, выполняемых в различных учреждениях здравоохранения, и соответствия их установленным нормативными документами Минздравсоцразвития России нормам аналитической точности. ФСВОК является общенациональной системой внешней оценки качества лабораторных исследований в России. Участие в мероприятиях ФСВОК обязательно для лабораторий учреждений здравоохранения всех форм собственности и учитывается при их аккредитации и лицензировании.

Согласно условиям программы ЗАО "Вектор Бест" контроль проводится по 5 показателям лабораторных исследований на одной или двух контрольных пробах анализа заводского изготовления с участием клинико-диагностических лабораторий региона Самары. В каждой лаборатории-участнице каждую пробу измеряют по 2 раза, затем вычисляют среднее значение двух результатов ( $X_{cp}$ ) и результаты отсылают, где их обрабатывают на компьютере по специальной программе с использованием метода «выбраковки» и расчетом статистических параметров средних значений, стандартного отклонения и коэффициента вариации. В качестве критерия для сравнения и оценки правильности результатов используют средние величины показателей, полученных от всех лабораторий-участников.

Результаты оценки контроля качества представляются лабораториям в виде графиков (гистограмм) и в таблицах, в которых указываются, в частности, диапазон допустимых значений, число лабораторий-участниц, среднее значение для всех лабораторий, коэффициент межлабораторной вариации, полученный и допустимый относительный размах. По выявленным результатам делают вывод о качестве исследований в той или иной клинической лаборатории и соответственно о необходимости проведения корректирующих мероприятий.

Сравнение результатов лабораторных анализов проводилось только по 5-ти анализам (АЛТ, глюкоза,  $\gamma$ -глутамилтрансфераза, мочевины, холестерин общий).

**Вывод.** Цикл межлабораторного сравнения, проведенный в КДЛ Самарской области, а также в ежегодном участии сличений с 14 Медсанчастью, показал хорошую степень гармонизации результатов биохимических исследований при использовании наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бест».

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА**

***Соколова С.Ю., Погодина Л.И., Миронова В.А.***

*ГБУЗ Самарская областная клиническая больница №2,*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

В мире насчитывается примерно 350 млн. лиц, хронически инфицированных вирусом гепатита В. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу от 25 до 29 лет. Наряду с мерами предупреждения попадания вируса в организм применяются методы активной иммунопрофилактики.

Мужчина, 34 лет, государственный гражданский служащий, в июне 2013 г. при прохождении ежегодной диспансеризации согласно приказу №984 на приеме у терапевта жалоб не предъявлял, при объективном осмотре патологии выявлено не было. При лабораторном обследовании в крови были обнаружены значительные изменения: Алат-538 u/l (норма 0-41), Асат-715 u/l (0-37), КФК-57113 u/l (0-180), ЛДГ-2634 u/l (135-225), липаза-736 u/l (13-60), мочевая кислота-515 mmol/l (140-415), ГГТП-127 u/l (7-50), билирубин - общий 19,6 mmol/l (<17), свобод.-4,9 mmol/l (<3,4).

По показателям активности ферментов крови проводилась дифференциальная диагностика между инфарктом миокарда, гепатитами, феноменом перенапряжения и утомления мышц при неадекватной физической нагрузке.

При расспросе выяснилось, что у пациента за 2 дня до осмотра была значительная физическая нагрузка: на тренажере пробежал около 10 км, длительно качал пресс, плавал более 30 минут. До этого таких физических нагрузок не было. При выполнении физической нагрузки высокой интенсивности у нетренированных лиц может развиваться перенапряжение скелетных мышц, сопровождающееся метаболической гипоксией. Диагностика этого феномена базируется на изменении активности ферментов КФК, ЛДГ, Асат в плазме, которые при этом состоянии значительно превышают норму.

В выписке из амбулаторной карты пациента, наблюдавшегося в поликлинике г. Москвы с 2010 г., выяснилось, что он был привит от гепатита В вакциной регевак в 2011 г. 3-хкратно. Считается, что появление специфических гуморальных антител, обеспечивающих защиту против гепатита В возникает у 98% лиц, получивших полный курс вакцинации. Тем не менее, вакцинация не предупреждает развитие заболевания, если препарат введен в инкубационном периоде гепатита В.

Было продолжено обследование на маркеры вирусных гепатитов В и С. Методом ИФА выявлены маркеры вирусного гепатита В, соответствующие репликативной фазе: HBsAg, Anti-HBeAg, Anti-HBcAg(IgM + IgG), Anti-HBcAgIgM. Количественный анализ ПЦР к ДНК вирусного гепатита В показал высокую вирусную нагрузку -  $4,5 \cdot 10^3$  копий/мл. Anti-HBsAg, определяемый у здоровых лиц после их вакцинации, у нашего пациента не был выявлен.

В настоящее время известно 8 основных генотипов вирусного гепатита В. Генотипам свойственно устойчивое географическое распределение. В РФ, в частности в Московской области преобладает генотип D (89,4%). Генотип влияет на естественное клиническое течение заболевания и эффективность противовирусной терапии.

У нашего пациента подтвержден генотип D, назначена противовирусная терапия бараклюдом в дозе 0,5 мг в сутки в сочетании с курсами гепатопротекторов по 2-3 месяца 2 раза в год.

Через две недели на фоне лечения была отмечена положительная динамика лабораторных показателей: Асат-102 u/l, Алат-300 u/l, КФК-203u/l, ЛДГ-160 u/l. ПЦР к ДНК вирусного гепатита В стала отрицательной через один год от начала лечения в сочетании с нормальными биохимическими показателями: Алат-10 u/l, Асат-15 u/l, ЩФ -72 u/l, билирубин-12,0 mmol/l, ГГТП-12 u/l.

В настоящее время лабораторный мониторинг биохимических показателей, ПЦР к ДНК вирусного гепатита В, HBsAg проводится 1 раз в 3 месяца. Учитывая сохраняющийся в крови HBsAg (221,32 МЕ/мл), продолжена до трех лет противовирусная терапия бараклюдом в дозе 0,5 мг в сутки.

Таким образом, постфактум, можно предположить, что инфицирование пациента произошло после вакцинации, так как не сформировался защитный титр специфических антител, обеспечивающих защиту против гепатита В или заражение произошло раньше и вакцинация проведена в инкубационном периоде гепатита В или на фоне латентно текущего вирусного гепатита В.

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ПРИ ПЕРЕДАЧЕ ВО ВЗРОСЛУЮ МЕДИЦИНСКУЮ СЕТЬ**

*Соловьева Л. П., Маганева А. С.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Одной из групп повышенного медико-социального риска являются подростки в возрасте от 12 до 18 лет включительно. Именно в этом возрасте выявляются многие патологические состояния, т.е. к моменту их передачи из детских лечебно-профилактических учреждений в учреждения для взрослых под наблюдение ВОП или врача-терапевта.

Следует обратить внимание, что при всей специфичности 15- и 17-летнего возрастных периодов и технологии преемственности в медицинском обслуживании, основные подготовительные мероприятия детских поликлиник к передаче в общетерапевтическую сеть подростков в этом возрасте, тем не менее, носят достаточно общий характер и в целом сходные механизмы реализации.

Теоретическим и практическим выражением отработки функциональных связей между различными службами и подразделениями, их интеграции, являются такие взаимообусловленные элементы, как преемственность и взаимосвязь.

Преемственность - это есть, прежде всего, теоретический аспект интеграции, который подразумевает единый подход и четкую последовательность действий при оказании лечебно-профилактической помощи на различных ее этапах.

Взаимосвязь означает характер совместной деятельности и формы обмена информацией между различными службами, обеспечивающими преемственность на практике. Основой для преемственности и взаимосвязи между врачами детского и взрослого учреждений является правильно, полноценно заполненная учетная медицинская документация, позволяющая получать необходимую информацию ВОП и участковым терапевтам при передачи подростков во взрослую сеть.

Актуальность этих аспектов определяется прежде всего спецификой организации медицинской помощи подросткам до 18 лет включительно, для которой характерно одномоментное наблюдение пациентов несколькими специалистами как внутри одного, так и различных учреждений, а также неоднократная передача их за этот период для диспансерного обслуживания из детской врачебной сети во взрослую.

В ГБУЗ СО СГКП № 15 за 2013 - 2015 г. г. было передано из педиатрической службы во взрослую врачебную сеть 268, 281, 281 подростков соответственно (табл. 1).

Таблица 1

**Число подростков, переданных из педиатрической службы во взрослую врачебную сеть**

2013 г		2014 г		2015 г	
количество подростков					
268		281		281	
юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
129	139	137	144	134	147
здоровые					
16	20	18	26	18	13
больные					
113	119	119	118	116	134

Проанализировав полученные данные, можно с уверенностью сказать, что из года в год демография остается на том же уровне, но при этом количество подростков с 1 группой здоровья уменьшается, т.е. идет тенденция к увеличению подростков с какой-либо патологией.

При передаче подростков из педиатрической службы во взрослую врачебную сеть, медико-профилактическая служба остается на должном уровне вместе с полноценно заполненной медицинской документацией, которая позволила при анализе оценить степень роста определенной патологии (табл.2).

Таблица 2

**Структура патологии при передаче подростков из педиатрической службы во взрослую врачебную сеть**

	2013 г	2014 г	2015 г
количество подростков:	268	281	281

количество больных:	232	82,56%	237	84,34%	250	88,97%
костно-мышечная патология	106	45,69%	113	47,68%	136	54,40%
патология зрительных органов	72	31,03%	75	31,65%	86	34,40%
патология ЛОР органов	45	19,40%	49	20,68%	51	20,40%
ССЗ	52	22,41%	52	21,94%	55	22,00%
эндокринная патология	38	16,38%	37	15,61%	43	17,20%
ЖКТ патология	26	11,21%	29	12,24%	27	10,80%
тубинфицирование	28	12,07%	24	10,13%	22	8,80%
мочеполовая система	11	4,74%	10	4,22%	12	4,80%
пульмонология	9	3,88%	10	4,22%	10	4,00%
гинекология	10	4,31%	8	3,38%	12	4,80%
неврология	11	4,74%	14	5,91%	8	3,20%
дерматология	3	1,29%	3	1,27%	4	1,60%
аллергология	2	0,86%	1	0,42%	3	1,20%
психиатрия	1	0,43%	0	0,00%	2	0,80%
новообразования	2	0,86%	1	0,42%	4	1,60%
ревматология	0	0,00%	0	0,00%	1	0,40%
беременность	0	0,00%	0	0,00%	1	0,40%

Можно с уверенностью сказать, что за период 2013- 2015 г. г. идет тенденция к росту заболеваний, связанных с костно-мышечной системой, на 6,5%, но при этом отмечено снижение случаев тубинфицирования подростков на 4%, несмотря на то, что общее количество больных подростков за данный период увеличилось с 82,56% до 88,97%, т.е. на 6,41%.

Количество здоровых уменьшается, а больных увеличивается в виду того, что в ГБУЗ СО СГКП № 15 разработана и используется программа - система активного выявления скрытой патологии любого профиля еще на доклинической ее стадии, в том числе по программе профилактических осмотров подростков.

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ФАКТОРЫ РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ**

***Тезиков Ю.В., Белоконева Т.С., Рябова С.А., Липатов И.С.,  
Приходько А.В., Кутузова О.А., Дорожкин В.К.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Несмотря на интенсивное использование новейших методов диагностики и лечения, недостаточность функций плаценты остается ведущей причиной высокого уровня заболеваемости и смертности детей не только в перинатальном периоде, но и на этапах последующего развития. Поэтому

проблема плацентарной недостаточности (ПН) и задержки развития плода (ЗРП) приобретает не только клиническую значимость, но и яркий социальный аспект [1-5]. В группе беременных высокого риска по развитию перинатальной патологии частота развития ПН составляет 50-70% и имеет четкую тенденцию к росту [6-8]. Учитывая важное значение ПН как причинного фактора патологического развития плода, актуальность приобретает прогнозирование данного осложнения беременности. Методы прогнозирования, основанные на факторах риска, получили широкое распространение в акушерстве и гинекологии. Прогнозирование декомпенсированной ПН имеет важное практическое значение, так как позволяет начать своевременную персонализированную профилактическую работу по снижению риска реализации тяжелых форм ПН и соответственно нарушений развития плода и новорожденного, а также выбирать оптимальную диагностическую программу обследования пациенток группы высокого риска реализации ДПН. При этом следует учитывать то, что факторы риска развития ПН в настоящее время изучены хорошо и представлены очень широким спектром [6]. Поэтому нами была поставлена задача выявить наиболее значимые факторы реализации ДПН, имеющей наиболее важное значение для развития плода и новорожденного.

Целью исследования явилась разработка и апробация прогностической шкалы оценки риска развития тяжелых форм плацентарной недостаточности.

Для проведения сравнительного анализа факторов риска были выбраны две группы наблюдения: I (основная) группа включала 100 женщин с ДПН; во II группу (сравнения) вошло 100 женщин с компенсированной КПН. Верификация степени тяжести ПН основывалась на результатах морфологического исследования плацент. Данный выбор групп наблюдения обоснован тем, чтобы «отсечь» менее значимые и выделить более существенные по своему влиянию факторы риска развития тяжелых форм ПН и тем самым дать возможность практическому врачу на индивидуальном уровне дифференцированно подходить к выбору средств и методов диагностики и профилактики нарушенного состояния ФПК. Группы наблюдения характеризовались следующим: 1) результат морфологической оценки степени тяжести ПН (I группа – декомпенсированная форма ПН, II группа – компенсированная форма ПН); 2) в I группу вошли 30 случаев (30%) антенатальной гибели плода вследствие внутриутробной асфиксии, в остальных 70 клинических случаях (70%) имело место рождение ребенка абдоминальным способом в состоянии асфиксии средней и тяжелой степени (не выше 5 баллов по шкале Апгар); 3) II группу составили 100 клинических случаев с диагностированной ПН во время беременности, морфологическим подтверждением компенсированной формы ПН, благоприятными постнатальными исходами.

Для проведения отбора основных факторов риска, оказывающих влияние на реализацию ДПН, была использована методика комплексной оценки [6]. Для оценки достоверности качественных переменных применяли критерий «хи-квадрат». Для оценки комплексного влияния факторов риска нами был

использован вероятностный коэффициент. Изучение влияния различных факторов на развитие ДПН у беременных позволило: 1) определить перечень факторов и установить степень их риска в возникновении ДПН; 2) выявить наиболее существенные факторы, влияющие на развитие ДПН и составить прогностическую шкалу; 3) определить порог принятия решения для выделения группы высокого риска реализации тяжелой формы ПН. На одну беременную женщину в I (основной) группе приходится 4,99 факторов риска, что более чем в 5 раз превышает аналогичный показатель по II группе (сравнения) – 0,91 фактора риска. Из этих данных можно сделать заключение о том, что ФПК обладает высокой устойчивостью к повреждающим факторам и что для развития ДПН важно не просто присутствие того или иного фактора риска, но и их синергическое воздействие. Следует отметить, что реализация ДПН не ограничивается влиянием выявленных в ходе исследования факторов риска, так как полученные данные в значительной степени определяются выбранным исходным клиническим материалом. Однако, выявленные факторы все же являются основными в развитии ДПН.

На основании полученных данных определения коэффициента отношения правдоподобия и пределов колебаний оценки риска была разработана прогностическая шкала, представляющая собой перечень факторов риска и их диапазонов с соответствующими значениями диагностических коэффициентов, где пороговое число составляет 7.

Таблица 1

**Прогностическая шкала для оценки риска развития тяжелых форм плацентарной недостаточности**

Факторы риска	Диагностический коэффициент
<i>I. Акушерский анамнез</i>	
1. 3 и более самопроизвольных абортов	+2
2. 4 и более медицинских абортов	+1
3. Мертворождения в анамнезе	+2
4. Первая беременность	-1
<i>II. Гинекологические заболевания</i>	
5. Хронический эндометрит	+1
6. Бесплодие	+2
7. Эндометриоз тела матки	+1
8. Отсутствие гинекологических заболеваний	-1
<i>III. Экстрагенитальная патология</i>	
9. Гипертоническая болезнь	+2
10. Хронический обструктивный бронхит с обострениями 4 и более раз в год	+2

11. Пиелонефрит с обострением во время беременности	+2
12. Гнойный гайморит	+1
13. Хронический тонзиллит с частыми обострениями	+1
14. Сахарный диабет	+3
15. Гипотиреоз (некомпенсированный)	+2
16. Гипоталамический синдром	+2
17. Коллагенозы	+2
18. Наследственные гомозиготные тромбофилии в сочетании с АФС	+3
19. Отсутствие экстрагенитальной патологии	-1
<i>IV. Инфекционные заболевания</i>	
20. Вирусный гепатит А во время беременности	+1
21. Острый, обострение хронического вирусного гепатита В во время беременности	+2
22. Грипп во время беременности	+2
23. Заражение вирусными, бактериальными инфекциями во время беременности	+3
24. Отсутствие острых инфекционных заболеваний во время беременности	-1
<i>V. Осложнения беременности</i>	
25. Перманентная УПБ	+3
26. Поздний гестоз	+2
27. Непрогрессирующая ПОНРП	+2
28. Анемия беременных тяжелой степени	+2
29. Холестатический гепатоз без эффекта от лечения	+3
30. Истинное перенашивание беременности	+3
31. Развитие ПН во втором триместре беременности	+2
32. Развитие ВЗРП во втором триместре беременности	+3
33. Маловодие	+3
34. Многоводие	+2
35. Отсутствие осложнений беременности	-1
<i>VI Социальные факторы</i>	
36. Возраст старше 35 лет	+1
37. Возраст 20-25 лет	-1
38. Наркомания	+3
39. Прием алкоголя	+2
40. Табакокурение	+2

41. Отсутствие вредных привычек	-1
42. Отсутствие обследования в женской консультации	+5
43. Обследована не полностью	+2
44. Обследована полностью	-1
45. Срок обращения в женскую консультацию II- III триместр беременности	+2
46. Срок обращения в женскую консультацию I триместр беременности	-1
47. В женскую консультацию не обращалась	+5
48. Нерегулярное посещение женской консультации	+2
49. Регулярное посещение женской консультации	-2
<i>VII. Условия труда</i>	
50. Наличие профессиональных вредностей	+3
51. Неблагоприятные условия труда	+1
52. Отсутствие данных факторов	-1

Прогностическая таблица предназначается нами при формировании мероприятий первичной и вторичной профилактики на базе женских консультаций и стационаров для определения индивидуального риска возникновения тяжелой формы ПН зависящего от всего комплекса факторов риска с учетом значимости каждого.

Если при обследовании беременной женщины были выявлены какие-либо факторы риска, согласно приведенной таблице, необходимо посчитать общее число баллов. При суммарном их значении, равном или превышающем пороговое число 7, обследуемую женщину следует отнести в группу высокого риска по развитию тяжелой формы ПН.

Ретроспективная оценка результативности разработанной прогностической шкалы риска развития тяжелых форм ПН, с учетом результатов морфологического исследования плаценты, была проведена у 154 беременных женщин, отнесенных согласно прогностической шкале к группе высокого риска по развитию тяжелых форм ПН. Всем беременным группы высокого риска проводилась медикаментозная профилактика ПН, включающая комплекс витаминов и минералов, фолиевую кислоту, курантил. Согласно полученным данным ПН имела место в 100% случаев, причем КПН составила 15,6% (24 случая), СПН – 14,3% (22 случая), ДПН – 70,1% (108 случаев). Следовательно, из 154 беременных группы высокого риска реализация СПН и ДПН имела место у 130 женщин. Чувствительность разработанного метода прогнозирования развития тяжелой ПН, то есть доля истинноположительных результатов среди больных составила 84,4%, что свидетельствует в пользу высокой информативности предлагаемого метода прогнозирования.

Таким образом, разработанная прогностическая шкала для оценки риска развития тяжелых форм ПН может применяться для индивидуального подхода по выявлению высокого риска реализации тяжелой патологии ФПК, что позволит оптимизировать деятельность акушерско-гинекологической службы в решении проблем своевременного и адекватного назначения превентивного лечения, проведения диагностических мероприятий, выбора срока и метода родоразрешения.

Литература:

1. Липатов И.С. Клиническая оценка иммунных проявлений повреждения сосудистой стенки при физиологической и осложненной гестозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. - 24 с.
2. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты применения карбогенотерапии для профилактики плацентарной недостаточности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - Т. 11, №5. - С. 71-77.
3. Мельников В.А., Купаев И.А., Липатов И.С. Противососудистые антитела у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью // Акушерство и гинекология. - 1992. - №3-7. - С. 19.
4. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Санталова Г.В. и др. Прогнозирование внутриутробного инфицирования плода у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2009. - №4. - С. 38-41.
5. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
6. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Плацентарная недостаточность. Монография. Самара: ООО «Офорт», 2014. - 239 с.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1. - С. 35.
8. Липатов И.С., Купаев И.А., Бабкин С.М., Якимова Н.А. Способ диагностики сосудистых нарушений у беременных на раннем этапе развития патологического течения гестации: патент РФ на изобретение №2061960, приоритет от 01.03.1994. Бюл. Изобретения. 16: 259.

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

***Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Жернакова Е.В., Дорожкин В.К.,  
Тезиков Т.А., Ильяшевская Р.Я., Меркулова В.И.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»,  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»*

В настоящее время эндометриоидную болезнь называют загадочной, так как нет ясного понимания этиологии и механизмов развития данной патологии.

Генитальный эндометриоз (ГЭ) относится к наиболее распространенным гинекологическим заболеваниям и наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 40 лет. В связи с этим, проблема ГЭ представляет особую актуальность для молодых женщин, так как заболевание сопровождается значительными нарушениями репродуктивной функции, стойким болевым синдромом, нарушением функции смежных органов, а также изменением общего состояния больных, снижением трудоспособности. В последние годы отмечено увеличение частоты ГЭ почти в 1,5 раза, особенно у молодых женщин, которые планируют в будущем беременность и роды [1-5].

Современные хирургические методы лечения ГЭ в сочетании с послеоперационной противорецидивной гормональной терапией позволяют некоторым пациенткам, страдавшим бесплодием, восстановить и выполнить свою генеративную функцию [6, 7].

Однако, результаты такого лечения остаются неудовлетворительными, так как фертильность восстанавливается в 20-53% случаев, а так же наблюдается высокая частота рецидивирования заболевания.

Нами проведено комплексное обследование 80 беременных (основная группа), ранее пролеченных по поводу ГЭ, в возрасте от 22 до 36 лет (в среднем  $26,3 \pm 2,3$  года). По поводу наружного ГЭ различной степени тяжести пролечено 50 женщин, внутреннего – 30 женщин. Пациентки с первичным и вторичным бесплодием составили соответственно 30% и 70%. Несмотря на наличие отклонений в секреции гормонов, у большинства пациенток с ГЭ сохранялся двух фазный менструальный цикл, с преимущественно неполноценной второй фазой цикла. В контрольную группу вошли 50 здоровых женщин в возрасте от 20 до 36 лет (в среднем  $25,7 \pm 2,1$  года) с нормально протекающей беременностью, которая закончилась физиологическими срочными родами через естественные родовые пути.

При наружном ГЭ на первом этапе лечения проводилась органосохраняющая эндоскопическая операция (коагуляция очагов эндометриоза, вылушивание эндометриоидных кист яичников с коагуляцией ложа, рассечение спаек). На втором этапе все женщины получали гормонотерапию (антигонадотропины, агонисты гонадолиберина) в сочетании с корректорами метаболизма, иммуномодуляторами, антиоксидантами, антиагрегантами, использовалась светотерапия видимым инфракрасным поляризованным светом лампы Биоптрон (Швейцария).

При внутреннем ГЭ пациентки получали лечение аналогичное второму этапу у женщин с наружными формами заболевания.

Беременность наступила через 3-10 месяцев после отмены гормонотерапии.

Учитывая, что контроль гестационного процесса может осуществляться путем определения состояния процессов апоптоза, клеточной пролиферации, энергообмена, гормонального статуса, сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, всем беременным, наряду с общепринятыми клиническими и лабораторно-инструментальными (исследование крови, УЗИ, УЗДГ, КТГ и др.) методами, проводилось определение в крови уровня маркеров апоптоза

(лимфоциты CD95+; ФНО α), в сыворотке крови концентрации фактора роста плаценты (ФРП), плацентарной щелочной фосфатазы (ПЩФ), эстриола, кортизола, адгезивных свойств и индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов. Использовались иммунолюминесцентный, иммуно-ферментный, радиоиммунный методы исследования. ФРП и ФНОα определяли иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов «R&D systems» (Великобритания) и ООО «Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург), ПЩФ на биохимическом анализаторе «Ультра» с использованием реагентов фирмы «КОНЕ» (Финляндия), идентификацию фенотипа лимфоцитов (CD95+) осуществляли стандартным методом иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител к поверхностному антигену CD95 лимфоцитов человека и меченных FITC Fab-фрагментов антимышинных иммуноглобулинов производства НПФ «МедБиоСпектр» (Россия). Уровень гормонов определялся радиоиммунным методом (стандартные наборы «Kit», Германия). Адгезивные свойства тромбоцитов определяли по ЛИПК (Одесская Т.А. с соавт., 1971), агрегационные – фотометрическим методом по G.V.R. Vorn (1962). В работе применялись статистические методы описательной статистики, корреляционного анализа, определения достоверности разницы между данными в основной и контрольной группах с использованием критерия Стьюдента и дисперсионный анализ по Фишеру – Снедекору.

У беременных, ранее пролеченных по поводу ГЭ, гестационный процесс был осложнен у всех женщин. Угроза раннего и позднего выкидыша в сроках 6 – 9 нед. и 18 – 22 нед. отмечена у 50% и 30% соответственно. Преждевременные роды в 32 – 36 нед. имели место у 25%. Фето-плацентарная недостаточность (ФПН) различной степени тяжести выявлена у всех беременных женщин, причем компенсированная у 65%, субкомпенсированная у 25%, декомпенсированная у 10%. Нарушение маточно-плацентарного кровотока (IА степень) выявлено у 20% женщин, плодово-плацентарного (IВ степень) у 15%, нарушения II степени – у 10%, нарушения III степени выявлено не было. Хроническая гипоксия плода отмечена у 35% беременных, внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП) – у 20%, в том числе сочетание гипоксии и ВЗРП у 15%. УЗИ в динамике с ранних сроков беременности (I триместр) показало, что из 16 случаев (20%) ВЗРП в 12 случаях (15%) имело место отставание гестационного возраста плода (эмбриона) на 1-2 недели. Следовательно, задержка развития плода может быть прогнозируемой с ранних сроков гестации и диагностируется в 75% случаев у женщин с иммунопатологическими и дисгормональными процессами в прегестационном периоде.

В родах аномалии родовой деятельности были диагностированы у 60% рожениц основной группы. Общая кровопотеря в родах превышала данные контрольной группы на  $108 \pm 30$  мл. Операция кесарево сечение в группе женщин, ранее леченных по поводу ГЭ составила 35%. Показаниями к оперативному родоразрешению являлись: длительное бесплодие, ФПН (гипоксия плода, ВЗРП) с другими отягчающими обстоятельствами,

несостоятельность зоны предыдущего разреза на матке, нарастание степени тяжести гестоза, упорная слабость родовой деятельности.

Оценка новорожденных основной группы по шкале Апгар при рождении через естественные родовые пути в среднем составила  $7,2 \pm 1,1$  балла, путем кесарева сечения –  $6,6 \pm 0,8$  балла, что свидетельствует, с одной стороны, о том, что данные женщины относятся к группе высокого перинатального риска, а с другой стороны, о своевременной и адекватно выбранной тактике родоразрешения в интересах плода.

В ходе исследования нами выявлены некоторые патогенетические механизмы развития осложнений периода гестации у данного контингента женщин.

Так, несмотря на проведение гормон- и иммунокорректирующей терапии, лечение, направленного на улучшение реологических свойств окислительно – восстановительного и коагуляционного потенциала крови, у беременных, пролеченных по поводу ГЭ, было отмечено повышение уровня маркеров апоптоза, активации клеточной пролиферации и отличная от контрольной группы динамика ПЩФ в сроки беременности определенные нами как критические – 6-12 нед., 18-22 нед., 30-34 нед.

В I триместре беременности из изученных показателей достоверно отличались от данных контрольной группы – ФНОа и ФРП, чем, по-видимому, можно объяснить выявленные осложнения с ранних сроков гестации (угроза выкидыша, отставание в развитии эмбриона). Во второй половине беременности (18-22 нед., 30-34 нед.) от данных контрольной группы достоверно отличались все показатели: содержание лимфоцитов с фенотипом CD95+ выше в 1,9 раза и в 2,2 раза соответственно срокам; концентрация ФНОа выше в 9,2 раза и в 12,7 раза соответственно; уровень ФРП ниже – в 1,4 раза и в 1,5 раза соответственно; уровень ПЩФ выше – в 2 раза и в 2,4 раза соответственно. Следовательно, согласно полученным данным, у беременных ГЭ в динамике гестации имеют место нарушения взаимосвязанных между собой процессов апоптоза, клеточной пролиферации и энергообеспечения, чем мы и объясняем высокую частоту встречаемости ФПН, в том числе её тяжелых форм (гипоксия плода, ЗРП), преждевременных родов, аномалий родовой деятельности неподдающихся медикаментозной коррекции. Подтверждает данное заключение и то, что у беременных, ранее пролеченных по поводу ГЭ, первоначально наблюдается особое напряжение фетоплацентарного комплекса в сроке 18-22 нед. с повышением уровня эстриола на 40% по сравнению с контролем. Это свидетельствует о компенсированном состоянии метаболических процессов фетоплацентарного комплекса с последующей их декомпенсацией, особенно при значительном росте маркеров апоптоза. Так, уровень эстриола в сроке 30-34 нед. снижен в среднем на 15%.

Оценка тромбоцитарного звена гемостаза в динамике беременности показала достоверное повышение индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов и их адгезивных свойств с ранних сроков гестации по сравнению с контролем ( $P < 0,05$ ). Данное обстоятельство можно объяснить с одной стороны, нарушенным состоянием гемостаза при наличии ГЭ до беременности, с другой

стороны, выраженными нарушениями нейро-иммуно-гормональной регуляции. Кроме того, это обосновывает включение в терапию осложнений гестации у данного контингента женщин антикоагулянтов и антиагрегантов.

В наших наблюдениях перинатальные потери отсутствовали. Однако, отмечено достоверное ( $P < 0,05$ ) снижение массы, роста, и массо – ростового коэффициента у новорожденных от матерей основной группы. Также в этой группе отмечена более высокая заболеваемость новорожденных, в частности, поражение ЦНС гипоксически-ишемического характера выявлено в 30% случаев (6% - в контроле), коагулопатический синдром – в 22,5% случаев (2% - в контроле). У новорожденных от матерей основной группы уровень кортизола в смешанной пуповинной крови в среднем был меньше на 35%, что подтверждает снижение адаптационных возможностей в указанной группе.

Морфологическое исследование последов в основной группе показало нарушение компенсаторно-приспособительных реакций, что выразилось в недостаточной или чрезмерной васкуляризации концевых ворсин, единичных некрозов стромы, в резком расширении и полнокровии межворсинчатого пространства, большем количестве синтициальных узелков, очагов фибриноидного некроза, тромбоза и кровоизлияний. Компенсаторно-приспособительные реакции были более выражены в центральных и менее в периферических отделах плаценты.

Таким образом, беременные, ранее леченные по поводу ГЭ, входят в группу риска по осложненному течению гестационного процесса, а, именно, по невынашиванию и недонашиванию беременности, нарушению маточно-плацентарного кровообращения, плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и задержке внутриутробного развития плода, аномалиям родовой деятельности. Установлены критические сроки гестации (6-12 нед., 18-22 нед., 30-34 нед.), которые связаны с нарушением гормон-продуцирующей функции плаценты, активацией процессов апоптоза, нарушением клеточной пролиферации и энергообмена, сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Выявленные патофизиологические механизмы осложненного течения беременности у женщин с ГЭ определяют и обосновывают методы профилактики и лечения у данного контингента.

Литература:

1. Табельская Т.В., Липатов И.С., Фролова Н.А., Тезиков Ю.В. Состояние сосудисто-тромбоцитарного, цитокинового, гемокоагуляционного гомеостаза у беременных на ранних сроках физиологической гестации // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1459-1462.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛОГА НЕЙРОПЕПТИДА ЛЕЙ-ЭНКЕФАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА**

***Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Жернакова Е.В.,  
Калинкина О.Б., Краснова Н.А., Сресели Г.М.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»*

Предлагаемая на сегодняшний день посиндромная терапия эндометриоза слишком громоздка и многогранна, что, учитывая высокую аллергологическую отягощенность населения, наличие соматической патологии и непредсказуемые результаты взаимодействия лекарственных препаратов различных групп, не всегда приводят к желаемым результатам [1, 2].

У женщин, страдающих эндометриозом, заслуживает особого внимания имеющийся дефицит всех фракций эндогенных опиоидных пептидов, особенно во II фазе менструального цикла. Учитывая немаловажную роль эндорфинов и энкефалинов в функционировании здорового организма, мы признали необходимым использовать синтетический аналог эндогенных опиоидных пептидов даларгин с целью коррекции выявленных отклонений [3, 4].

Проведенные нами клинические исследования дали обнадеживающие результаты. На фоне лечения нами выявлены: иммуномодулирующие эффекты на Т- и В- клеточное звено, снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов, нормализация иммуноглобулиновых фракций, уменьшение показателей аутосенсibilизации, избирательность действия препарата [5, 6]. В процессе лечения произошло исчезновение, или значительное нивелирование клинических проявлений, включая меноррагии и болевой синдром, отмечено уменьшение размеров патологических очагов эндометриоза. Терапевтический эффект даларгина мы связываем с его опосредованным действием через специфические дельта- и мю- рецепторы, локализующиеся на иммунных клетках, эндотелиоцитах, в железистом эпителии, в яичниках и др. [7]. Подобно эндогенным регуляторам даларгин активирует процессы созревания и дифференцировки Т- и В- лимфоцитов, снижает интенсивность аутоиммунных механизмов, угнетает выработку гонадотропных и стероидных гормонов, оказывает цитопротективное и репараторное воздействие, приводя к повышению устойчивости здоровых тканей, окружающих эндометриоидные очаги, на воздействие факторов агрессии и быстрому восстановлению поврежденных участков.

Обращает внимание влияние даларгина не только на иммунные, гормональные и местные механизмы, но и положительное воздействие на функционирование других органов и систем. Нами выявлено снижение неврологической симптоматики в процессе лечения, что вызвано повышением резервных возможностей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Отмечено улучшение функции желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, что нашло отражение в значительном снижении побочных эффектов от проводимой гормональной терапии, в процессе лечения аллергические реакции отсутствовали.

Даларгин является препаратом преимущественно периферического действия, однако у больных имели место изменения в психоэмоциональной сфере в виде улучшения самочувствия, уменьшения боли, раздражительности, улучшения настроения.

Высокая терапевтическая эффективность и многогранность действия даларгина при эндометриозе, на наш взгляд, связана с широким

представительством опиоидных рецепторов в организме человека и активным участием опиоидных пептидов в регуляции различных функций организма. Редко встречаемые побочные эффекты от лечения в виде гипотензивных явлений легко переносятся больными и быстро проходят в процессе лечения, не приводя к необходимости отмены препарата. В виду широкого спектра действия и высокой эффективности коррекции нарушений в малых дозировках, мы считаем наиболее рациональным использование даларгина в дозе 1 мг внутримышечно 1 раз в сутки во II фазу менструального цикла, когда происходит максимальное снижение уровня эндогенных опиоидных пептидов. Это позволяет снизить активность патологических процессов перед очередной менструацией и соответственно уменьшить проявления заболевания.

Нами установлен положительный эффект после проведения 3-х месячного курса лечения только даларгином. Наибольшая же эффективность наблюдалась при сочетании даларгина с гормональными препаратами. Этот вариант мы и рекомендуем использовать в курсе лечения активного эндометриоза и рецидива заболевания. При малой активности препарат можно назначать с третьего месяца гормональной терапии, с целью коррекции ее осложнений.

Использование синтетического аналога лей-энкефалина - даларгина является истинно физиологическим вмешательством в патогенетические звенья эндометриоза, приводит к хорошему терапевтическому эффекту и позволяет избежать побочных эффектов от традиционной терапии и полипрагмазии.

#### Литература

1. Фролова Н.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Обоснование выбора ангиопротектора диосмина в качестве профилактического агента преэклампсии // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 398-403.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Зубковская Е.В. и др. Биомодулирующие механизмы действия видимого и инфракрасного поляризованного света // Вестник Самарского государственного университета. – 2006. - №9 (49). – С. 109-122.
3. Липатов И.С. Патогенез, диагностика и профилактика сосудистых нарушений на раннем этапе формирования патологической беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1996.- 46 с.
4. Липатов И.С., Санталова Г.В., Тезиков Ю.В. и др. Применение антигемотоксической терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Том.8, №1. VNMT: [www/medtsu.tula.ru / Bulletin/E2014-1/00.html](http://www/medtsu.tula.ru/Bulletin/E2014-1/00.html). -п.л.9.
5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Патоморфологические особенности состояния яичников при беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 10, №4. - С. 50-57.

## **АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ПЛОДА – ПРОБЛЕМА ДОГЕСТАЦИОННОГО И АНТЕНАТАЛЬНОГО ЭТАПОВ НАБЛЮДЕНИЯ**

***Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Ильяшевская Р.Я., Меркулова В.И.,  
Дорожкин В.К., Жернакова Е.В., Данилова Н.Н.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

По данным официальной статистики и средств массовой информации, в настоящее время наблюдается значительный рост постоянного употребления спиртных напитков молодыми людьми, в частности, женщинами репродуктивного возраста [1-6].

Цель настоящего исследования: оценить влияние алкоголя на течение и исходы беременности и клинические проявления алкогольного синдрома у плода.

Проведен клинико-статистический анализ историй родов и развития новорожденных 214 женщин, находившихся на стационарном лечении в родильном отделении ГБУЗ СО СГКБ №2 им. Н.А. Семашко. Было сформировано 3 группы сравнения. 1 группа – 90 женщин, страдающие хроническим алкоголизмом в течение 3-х лет и более с ежедневным приемом не менее 200 мл в пересчете на этиловый спирт, как до наступления беременности, так и на всем ее протяжении. Мужья этих женщин также постоянно или периодически употребляли алкоголь. 2 группа – 60 женщин, которые в предполагаемый период зачатия находились в состоянии алкогольного опьянения. Мужья женщин данной группы также употребляли алкоголь в этот период. До оплодотворения употребление алкоголя носило эпизодический характер. В 3 группу (контрольную) – вошли 64 женщины без вредных привычек.

Соответственно указанным группам частота преждевременных родов составила 47%, 20% и 6%; раннего гестоза – 36%, 27% и 16%; позднего гестоза – 42%, 33% и 3%; несвоевременного отхождения околоплодных вод – 36%, 23% и 12%; аномалий родовой деятельности – 60%, 40% и 15%; родоразрешающих операций – 14%, 10% и 5%; ручных внутриматочных вмешательств – 9%, 7% и 3%; патологической кровопотери в родах – 9%, 7% и 3%; родового травматизма – 22%, 17% и 10%.

Одним из самых тяжелых в клиническом и социальном отношении последствия пьянства и алкоголизма является влияние алкоголя на потомство, в частности, развитие «алкогольного синдрома плода».

Алкогольный синдром плода (АСП) – это отклонение в психофизическом развитии ребенка, причиной которых является злоупотребление женщиной алкоголем до и во время беременности.

Клиническая картина АСП разнообразна и в большинстве случаев представлена четырьмя группами симптомов: 1) пре- и постнатальная дистрофия; 2) черепно-мозговая дизморфия; 3) соматические уродства; 4) повреждение мозга.

По нашим наблюдениям наличие подобных осложнений у детей, родившихся от женщин 1 группы, было выявлено в 100% случаев. В 56% была выявлена задержка роста и развития (средние показатели массы и длины тела новорожденных составили  $2150 \pm 157$  грамм и  $43 \pm 2,5$  см); в 50% случаев – косоглазие, птоз, удлиненное асимметричное лицо, низкий лоб, низко посаженные уши, уплощенный затылок, маленький седловидный нос, волчья пасть, заячья губа; в 42% - врожденные пороки сердца, срастание тел шейных позвонков, воронкообразная грудная клетка, аплазия кисти, слоновость кисти,

укорочение плюсневых и пястных костей, синдактилия, полидактилия, гипертрофия клитора, крипторхизм, гипоспадия, дивертикулы мочевого пузыря; в 91% случаев – повреждения мозга в виде тремора, плохого сна, раздражительности, плаксивости, мышечной гипер- и гипотонии.

Во 2 группе пре- и постнатальная дистрофия составила 27% (средние показатели массы и длины тела новорожденных составили  $2900 \pm 201$  г и  $49 \pm 3,0$  см); черепно-мозговая дизморфия – 17%, которая проявлялась низким лбом, уплощенным затылком, низко посаженными ушами; соматические уродства – 3%; поражения мозга выявлены в 40%.

В 3 группе пре- и постнатальная дистрофия составила 8%; черепно-мозговая дизморфия – 3%; соматические уродства – 0%; поражение мозга – 8%, что соответствует общепопуляционным показателям.

Таким образом, у женщин, употребляющих алкоголь до наступления и на всем протяжении беременности, а также в предполагаемый период зачатия, значительно чаще наблюдаются осложнения в течении беременности и родов; практически у всех детей данного контингента матерей имеются нарушения деятельности ЦНС, нарушения перинатального развития. Исследование показало возможность развития симптомов АСП не только в условиях хронической алкоголизации женщины, но и при так называемом «пьяном зачатии».

Литература:

2. Овчинникова М.А., Санталова Г.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Состояние здоровья детей от герпесинфицированных матерей, получавших противорецидивную терапию // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 351-356.
3. Рябова С.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты клинической апробации комплексной балльной шкалы оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №2-2. – С. 371-375.
4. Кравченко Ю.Л., Липатов И.С., Данилова Н.Н. и др. Аспекты профилактики социальных и экологических факторов риска перинатальной смертности в условиях городской клинической больницы крупного промышленного города // Человек и Вселенная. - 2006. - Т.56, №3. - С. 119-132.
5. Липатов И.С. Патогенез, диагностика и профилактика сосудистых нарушений на раннем этапе формирования патологической беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1996.- 46 с.
6. Липатов И.С., Санталова Г.В., Тезиков Ю.В. и др. Применение антигомотоксической терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Том.8, №1. VNMT: [www/medtsu.tula.ru / Bulletin/E2014-1/00.html](http://www/medtsu.tula.ru/Bulletin/E2014-1/00.html).-п.л.9.
7. Тезиков Ю.В., Мельников В.А., Липатов И.С. Новые подходы к ведению беременных женщин с плацентарной недостаточностью // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2010.- №2. - С. 64-67.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ: СКРИНИНГОВАЯ И ЦЕЛЕВАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА**

## **(ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)**

*Толкачев А.Ю., Ларина Т.А., Толкачева В.А.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России,*

*ГБУЗ СО СГП № 13 Железнодорожного района г.о. Самара,*

*ГБУЗ СО «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова»*

Осуществление диспансерного наблюдения женщин различных возрастных групп предусматривает обязательный контроль состояния молочных желез.

Показаниями к использованию инструментальных методик исследования молочной железы являются соответствующие результаты клинического обследования пациентки, наличие жалоб, а при их отсутствии - необходимость профилактического обследования (скрининга) в определенном возрасте. Наиболее распространенными приемами инструментальной диагностики заболеваний молочной железы являются рентгенологические и ультразвуковые методики.

**Рентгенологические методики** общепринято считаются наиболее информативными. Однако они связаны с определенной дозовой нагрузкой на пациентку (0,5 мЗв за исследование), что может привести к известным соматическим и генетическим последствиям, имеют некоторые методические ограничения по контрастной чувствительности.

При профилактическом обследовании (скрининге) заболеваний молочной железы достаточно простых неинвазивных **общих методик** рентгенологического исследования - **обзорной рентгенографии в прямой и косой проекциях.**

### **Методики рентгенологического исследования**

#### ***Общие методики:***

- обзорная рентгенография обеих молочных желез;

#### ***Дополнительные методики исследования без применения контрастных веществ:***

- прицельная рентгенография;
- прицельная рентгенография с прямым увеличением рентгеновского изображения;
- рентгенография мягких тканей подмышечных областей;
- рентгенография в боковых и других нестандартных проекциях молочной железы.

#### ***Специальные инвазивные методики исследования с использованием и без использования контрастных веществ:***

- пневмокистография;
- дуктография;
- пункционная биопсия пальпируемого образования под рентгенологическим контролем специальной системой «пистолет-игла» с забором материала для цитологического и гистологического исследования.

### ***Специальные инвазивные методики исследования при непальпируемых образованиях:***

- пункционная биопсия непальпируемого образования под стереотаксическим рентгенологическим контролем с помощью системы «пистолет-игла» с забором материала для цитологического и гистологического исследования;
- внутритканевая маркировка непальпируемого образования специальной локализационной иглой с мандреном в виде крючка на конце.

### **Рентгенологическое исследование молочных желез**

#### **Маммография**

Маммография - это единственный метод дифференциальной и топической диагностики внутрипротоковых заболеваний.

Исследование проводится на специальном рентгенодиагностическом аппарате для маммографии (маммографе) при расстоянии фокус-пленка 70 см, размере пленки 18 x 24 см. Пациентка располагается в положении стоя. Молочная железа размещается на укладочном столике аппарата и фиксируется компрессионным устройством. В прямой проекции пучок излучения направлен вертикально. Съемка в косой проекции осуществляется с направлением пучка излучения под его углом 45°.

С помощью маммографии можно оценить степень распространенности процесса, состояние второй молочной железы, что чрезвычайно важно для выбора оптимальной лечебной тактики. Для выявления самых начальных признаков болезни неопределима возможность сравнительного анализа снимков в динамике: маммография, как объективный метод визуализации позволяет оценить эффективность и своевременно скорректировать лечение.

#### **Маммография: основные преимущества:**

- возможность получения полипозиционного изображения молочной железы;
- самая высокая информативность при исследовании молочной железы;
- возможность визуализации непальпируемых образований с различными проявлениями: в виде узла, в виде скопления микрокальцинатов размером от 50 микрон, в виде локальной тяжести, перестройки структуры, рак внутри протока размером в 1-2-3 мм;
- возможность дифференциальной диагностики узловых и диффузных заболеваний;
- возможность применять широкий спектр неинвазивных и инвазивных методик, осуществляющих одновременно диагностику и лечение ряда заболеваний.

#### **Недостатки метода маммографии:**

- дозовая нагрузка, хотя она и ничтожно мала;
- маммография требует сравнительно дорогостоящих расходных материалов, наличия помещения для фотолаборатории и специального оборудования;

- информативность метода снижается при плотном фоне молочной железы, что в 1,8-6% не исключает случаев рентгенонегативного рака.

В случае обнаружения отклонения от нормы и недостаточности полученной рентгенологической симптоматики для постановки диагноза используют **дополнительные методики.**

**Дуктография** - искусственное контрастирование млечных протоков с точностью выявления причин патологической секреции в 96% случаев.

- Она дает возможность:
- проводить контролируемую пункцию кист (пневмокистографию) с диагностической целью и одновременного склерозирования их;
- контролируемая пункция патологических солидных образований получить цитологический и гистологический материал;
- осуществить рентгенографию удаленного сектора для оценки полноты хирургического вмешательства;
- провести предоперационную внутритканевую маркировку непальпируемых образований
- определить характер роста опухоли - моноцентрический или мультицентрический;

При динамическом наблюдении женщины, имеющей заключение об отсутствии изменений в молочной железе или о наличии нерезкой или средней степени выраженности диффузной мастопатии, можно ограничиться рентгенографией обеих молочных желез в косой проекции.

При подозрении на рак молочной железы по данным клинического обследования для уточнения состояния отдельных участков опухолевого узла, его структуры, характера контуров, а также для устранения возможности ложноотрицательной интерпретации маммограмм проводят **прицельную рентгенографию.** В этом случае осуществляют съемку отдельной зоны молочной железы с помощью ограничивающего тубуса с небольшим полем. Для лучшего выявления мелких деталей, визуализации мельчайших известковых включений, имеющих важное дифференциально-диагностическое значение, совмещают **прицельную рентгенографию с прямым увеличением.** Прямое проекционное увеличение изображения в 1,5 - 2,0 раза обеспечивают отдалением молочной железы от приемника изображения с помощью съемного отдалителя (приставки для увеличения), закрепляемого над укладочным столиком при том же расстоянии фокус-пленка.

Для отграничения исследуемого (опухолевого) узла от окружающих тканей проводят **прицельную рентгенографию с маркировкой пальпируемого образования.** Ее выполнение отличается нанесением на кожу рентгеноконтрастных меток с помощью рентгеноконтрастных средств.

При подозрении на рак молочной железы оценить степень распространенности процесса позволяет **рентгенография мягких тканей подмышечной области.** Ее осуществляют поворотом системы трубка-приемник на 90° и центрацией трубки на указанную область.

Наконец, при нетипичном размещении новообразования в молочной железе осуществляют **рентгенографию в боковой и других нестандартных проекциях**. В этих случаях укладки выбираются на усмотрение рентгенолога. Рентгеновская компьютерная (КТ) и магнито-резонансная (МРТ) томография - современные методики рентгенологического исследования, с помощью которых уточняется диагноз возможного поражения молочных желез.

### **Рентгеновская компьютерная томография**

#### ***Преимущества рентгеновской компьютерной томографии:***

- визуализация всех отделов молочных желез;
- визуализация ретромаммарного пространства;
- оценка степени распространенности процесса;
- выявление рецидивов;
- дифференциальная диагностика отечной формы рака молочной железы;
- возможность обнаружения метастазов в лимфатических узлах аксиллярных областей;

#### ***Недостатки рентгеновской компьютерной томографии:***

- дозовая нагрузка;
- не визуализируются детали структуры молочной железы;
- метод мало информативен при непальпируемых образованиях;
- низкая пропускная способность;
- высокая стоимость.

### **Магнито-резонансная томография**

#### ***Преимущества МРТ:***

- высокая разрешающая способность;
- исследование объекта любой плотности даже без применения контрастных веществ;
- неинвазивность метода;
- возможность получения изображения в любой плоскости без механического перемещения;
- отсутствие лучевой нагрузки.

#### ***Недостатки МРТ:***

- не выявляется начальный рак в виде скопления микрокальцинатов и локальной тяжистой перестройки структуры;
- достаточно велико число предположительных заключений;
- необходимость в дополнительной маммографии для уточнения диагноза.
- высокая стоимость.

### **Дигитальная рентгенография**

#### ***Преимущества дигитальной рентгенографии:***

- цифровые системы изображения предоставляют новые возможности управления изображениями и информацией;
- выгодно отличается система хранения и извлечения диагностических изображений из электронного архива (на оптических дисках) по сравнению с традиционным рентгеновским архивом;

- важным является и то, что один и тот же снимок может просматриваться одновременно в различных подразделениях больницы, значительно облегчая консультирование снимков;
- цифровые системы позволяют также передавать изображение на дальние расстояния, что ценно при передаче информации из удаленных медицинских учреждений в центральные - это дает возможность проконсультировать снимки и исключить дублирование;
- способность обрабатывать изображение в целях оптимизации его восприятия в виде отдельного фрагмента, а также с краевым усилением, что повышает его резкость;
- возможность проведения цифровой субтракции (вычитания части деталей изображения, чтобы сконцентрироваться на главной зоне интереса);
- возможность не только управлять изображением, но и передавать его в другие учреждения по проводам или по фиброволоконным кабелям; через внешние сети изображение можно передавать по телефону, радио или с помощью других средств связи;
- вместе с преимуществом передачи электронных изображений на расстояние имеется возможность перевода их на твердые копии.

### **Ультразвуковое исследование молочных желез**

Ультразвуковые методики не связаны с дозовой нагрузкой, т.е. безопасны в использовании, и имеют определенные методические преимущества - позволяют выявлять специфические по контрасту симптомы заболевания. Однако они также имеют свои существенные ограничения, в частности, при выявлении микрокальцинатов.

#### ***Основные преимущества УЗИ:***

- высокая разрешающая способность;
- высокая пропускная способность;
- в 25% случаев помогает в решении вопросов дифференциальной диагностики пальпируемых узловых образований;
- безопасно в плане дозовой нагрузки;
- осуществляется на сравнительно дешевом оборудовании и расходных материалах;
- учитывая указанные выше достоинства, метод может быть использован при обследовании беременных и лактирующих женщин.

#### ***Основные показания к проведению УЗИ:***

- беременные и лактирующие женщины;
- женщины с жалобами на заболевания молочной железы;
- женщины в возрасте до 30 лет без жалоб, желающие пройти обследование с профилактической целью;
- для дифференциальной диагностики солидного или полостного образования при неясной клинико-рентгенологической симптоматике ограниченно растущего узла;

- узловая мастопатия с нетипичными проявлениями;
- аксиллярные лимфатические узлы - для дифференциальной диагностики природы их увеличения;
- воспалительный процесс в динамике;
- диагностика кист любого размера и контролируемая пункция видимых образований;
- одновременное склерозирование нескольких кист без опасности дозовой нагрузки.

#### ***Недостатки УЗИ молочной железы:***

- субъективность получения изображения, зависящая от положения трансдюсера;
- отсутствие возможности визуализировать широкий томографический срез молочной железы, так как ширина поля сканирования не более 2 см, что дает лишь прицельное изображение;
- мало информативно при жировой инволюции;
- к серьезным недостаткам ультразвукового исследования, обосновывающим невозможность его использования при скрининге и как самостоятельного диагностического метода, относится отсутствие визуализации более 60% непальпируемого рака в виде скопления микрокальцинатов, в виде локальной тяжистой перестройки структуры, рака внутри протоков - в силу физических особенностей метода

#### **Допплерсонография**

- Позволяет получать одновременно изображение исследуемого объекта в реальном масштабе времени и цветное отображение кровотока в регионарной сосудистой сети.
- Преимущество метода состоит в получении одномоментной информации как об анатомических, так и о функциональных нарушениях в молочной железе.
- Получаемый большой объем информации позволяет получать качественные и количественные показатели наличия и направления кровотока, имеющие особое значение при непальпируемых образованиях.

#### ***Показания к проведению доплерсонографии:***

- пальпируемые образования, подозрительные на рак при неспецифических проявлениях на маммограммах и сонограммах;
- непальпируемые узловые образования неясной природы, исключая минимальные формы рака в виде микрокальцинатов и локальной тяжистой перестройки структуры;
- признаки злокачественного новообразования при ультразвуковом исследовании у женщин до 30-35 лет, отсутствующие на рентгенограммах;
- непальпируемые узловые образования неясной природы, исключая минимальные формы рака в виде микрокальцинатов и локальной тяжистой перестройки структуры

- непальпируемые узловые образования неясной природы, исключая минимальные формы рака в виде микрокальцинатов и локальной тяжистой перестройки структуры;
- признаки злокачественного новообразования при ультразвуковом исследовании у женщин до 30-35 лет, отсутствующие на рентгенограммах;
- оценка прогноза фиброаденом и узловых пролифератов с целью выбора дальнейшей тактики - наблюдения или хирургического лечения;
- неинформативность повторных пункций.

На дообследование в *специализированный маммографический кабинет* для уточненной диагностики направляются женщины с:

- синдромом узлового образования неясной природы;
- синдромом непальпируемого образования в молочной железе;
- синдромом отежной молочной железы;
- синдромом патологической секреции из соска кровянистого и серозного характера;
- изменениями неясной природы в оставшейся молочной железе после операции по поводу рака;
- синдромом узлового образования в подмышечной области (Зоргиевской зоне) неясной природы.

В данной статье проведен обзор современных методов лучевой диагностики молочной железы. Она может быть рекомендована в качестве методических указаний для врачей общей практики.

## **МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

*В.А. Толкачева, Т.А. Ларина, А.Ю. Толкачев*

*ГБУЗ СО СГП № 13 г.о. Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России, ГБУЗ СО «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова»*

*Алгоритм представляет собой набор правил или описание последовательности операций для решения определенной задачи или достижения поставленной цели. В лучевой диагностике заболеваний молочных желез – это последовательность процедур для формирования диагноза болезни. Во всех случаях диагностики и при всех синдромах заболеваний алгоритм начинается с клинического обследования молочных желез и зон регионарного лимфооттока, а затем дополняется необходимым для каждого синдрома набором методов лучевого исследования.*

**Синдром узлового образования в молочной железе:** при этом синдроме могут встречаться заболевания как злокачественной природы (рак и саркома), так и доброкачественной (фиброаденома, киста, узловая мастопатия, липома, листовидная фиброаденома, липогранулема, атерома, гамартома, туберкулома, галактоцеле, сосудистые опухоли и пр.).

**Оптимальный объем методов для распознавания указанных заболеваний:** обзорная рентгеновская маммография, дополненная при необходимости прицельной рентгенографией и укладкой молочной железы в нестандартной проекции, ультразвуковым исследованием для выявления кист, прицельной пункционной биопсией под контролем либо стереотаксической рентгенографии, либо сонографии с цитологическим и гистологическим исследованием биоптата. В зависимости от выявления той или иной патологии алгоритм может видоизменяться.

*При обнаружении кист* применяется сонография для уточнения состояния внутренних стенок полости кисты, аспирация содержимого и при отсутствии пристеночных разрастаний одновременное склерозирование специальным раствором, исключая в большинстве случаев последующую секторальную резекцию, при наличии пристеночных разрастаний применяется прицельная пункционная биопсия интересующего участка под контролем сонографии.

*При подозрении на рак* применяется сонография (реже рентгенография) мягких тканей подмышечных областей, *при ограниченно растущих образованиях* и при наличии противоречивых результатов комплексного обследования, неинформативности многократных пункционных биопсий, а также с целью выбора оптимальной дальнейшей тактики - хирургической или консервативной, обосновывающей возможность динамического наблюдения используется доплерсонография

**Синдром узлового образования в подмышечной области.** Алгоритм диагностических методов для распознавания этих состояний состоит из: рентгенографии молочных желез, ультразвукового исследования подмышечных областей, при необходимости прицельной рентгенографии, рентгеновской или магнитно-резонансной компьютерной томографии, пункционной биопсии интересующего участка под контролем либо стереотаксической рентгенографии, либо под контролем сонографии в зависимости от степени визуализации объекта с последующим цитологическим и гистологическим исследованием.

**Синдром патологической секреции из соска.** Наиболее частой причиной выделений могут быть внутрипротоковые папилломы, папилломатоз, цистаденопапилломы, рак, дуктоэктазии протоков и др. Для диагностики используется следующий комплекс методов: цитологическое исследование выделений из соска; обзорная рентгенография молочных желез, дуктография и ее модификация в виде двойного контрастирования с прицельной рентгенографией с прямым увеличением рентгеновского изображения.

**Синдром втянутого соска.** В первую очередь необходимо исключить злокачественный процесс, поскольку рак с выраженным инфильтративным ростом может вызывать втяжение соска. Втяжение соска может быть

врожденным и приобретенным, односторонним и двусторонним, может наблюдаться при раке молочной железы, когда опухолевый узел располагается ближе к соску, или, увеличиваясь в размерах, образует «раковую дорожку», при раке Педжета, на почве предшествующих воспалительных изменений (последствий мастита), при внутритротоковых изменениях, сопровождающихся папиллярными разрастаниями, цистаденопапилломами, галактоцеле, на почве плазмоцитарного мастита, при жировом некрозе. Комплекс методов, использующийся для диагностики этих заболеваний, складывается из: цитологического исследования соскоба с поверхности соска, обзорной рентгенографии молочных желез, при необходимости ультразвукового или рентгенологического исследования мягких тканей подмышечных областей.

**Синдром отечной молочной железы.** Может быть вызван инфильтративно-отежной формой рака, воспалительным процессом, отеком кожи в результате прогрессирования рака, сопровождающегося увеличением его размеров и подрастанием к коже, после хирургического вмешательства и при наличии системного заболевания. Оптимальный комплекс методов состоит из клинического и рентгенологического обследования молочных желез и аксиллярных областей, пункционной биопсии с цитологическим и гистологическим исследованием, при неясной картине показано ультразвуковое исследование, рентгеновская или магнитно-резонансная томография.

Следует помнить о существовании так называемого синдрома непальпируемого образования в молочной железе.

**Синдром непальпируемого образования в молочной железе.** При диспансеризации женщин, не предъявляющих жалоб на заболевания молочных желез, при скрининговом рентгенологическом обследовании выявляются *непальпируемые образования*, объединяющие целый ряд заболеваний как доброкачественной, так и злокачественной природы, который требует особой технологии диагностического процесса, потому что рентгенологические признаки непальпируемого образования отличаются от заболеваний с клиническими проявлениями, что создает значительные трудности при дифференциальной рентгенологической диагностике. Оптимальный набор методов состоит из рентгенологических, сонографических и патоморфологических методик: обзорной рентгенографии молочных желез, прицельной рентгенографии или сонографии, пункционной биопсии под контролем рентгенографических стереотаксических установок при скоплении микрокальцинатов и локальной тяжистой перестройке структуры или под ультразвуковым контролем при образованиях в виде узла с использованием системы «пистолет-игла», обеспечивающей получение материала не только для цитологического, но и гистологического исследования, а также - внутритканевой маркировки непальпируемого образования с введением специальных локализационных игл с мандреном в виде крючка на конце типа «гарпуна» с учетом возможности повысить надежность и улучшить фиксацию в зависимости от состояния тканей молочной железы.

**Оставшаяся молочная железа.** При оставшейся после радикальной мастэктомии молочной железе наибольшую информацию представляет

комплекс методов, состоящий из клинического обследования молочной железы и регионарных зон лимфооттока, рентгенографии молочной железы и подмышечной области (при необходимости сонографии, рентгеновской или магнитно-резонансной томографии), рентгенографии органов грудной полости, радионуклидного исследования костей скелета, сонографии печени.

На основании всего вышеизложенного можно сделать **вывод:** при любом синдроме или заболевании молочных желез обследование должно начинаться, прежде всего, с оценки клинических проявлений, состояния молочных желез и зон регионарного лимфооттока. Затем используется алгоритм методов лучевой диагностики состояния молочных желез с оптимальным набором методик для каждого синдрома. Это, в конечном итоге, приводит к укорочению сроков исследования, более раннего установления диагноза, обеспечению адекватного лечения.

В условиях городской (районной) поликлиники исследование молочных желез с профилактической целью должно начинаться с **маммографического скрининга**, первичным клиническим обследованием молочных желез и зон лимфооттока и вторичным этапом - маммографией обеих желез в прямой и косой проекциях. В дальнейшем алгоритм исследования определяется в зависимости от обнаруженной патологии.

## **СПОСОБЫ РАСЧЕТА ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Трофимов С.И., Жидков Д.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Понятие плеврального выпота (ПВ) подразумевает скопление жидкости в плевральной полости. Состояние, как правило, имеет вторичный характер и может возникать при множестве различных патологических процессов вследствие тесной анатомо-физиологической связи плевры с прилежащими органами грудной и брюшной полостей. Кроме того, ПВ могут формироваться при ряде системных патологических процессов. В ряде публикаций сообщается, что к возникновению ПВ могут приводить более 80 различных заболеваний. Поэтому уместно рассматривать ПВ как клинический синдром, осложняющий развитие ряда патологических процессов. Появление ПВ всегда является признаком неблагоприятного течения основного заболевания, а симптоматика становится ведущей в клинической картине заболевания.

Врачи поликлиники довольно часто имеют дело с пациентами, имеющими ПВ в качестве самостоятельного или вторичного проявления заболевания. Вопрос диагностики состояния не вызывает затруднений, потому как уже в ходе первичного осмотра пациента можно с большей долей вероятности определить данное заболевание. Для более точной верификации, а также

уточнения локализации, степени распространенности и объема ПВ пациентам назначаются дополнительные методы исследования: рентгенологическое – для уточнения локализации выпота и оценки состояния органов средостения, УЗИ плевральных полостей – для уточнения распространенности и объема выпота.

Не менее остро для врача поликлинического звена, стоит вопрос контроля состояния плевральных полостей пациента в ходе лечения. Учитывая широкую распространенность, простоту выполнения, с возможностью вычисления объема, относительную экономическую дешевизну и, что самое главное, отсутствие отрицательного воздействия, даже при многократном применении УЗИ плевральных полостей, в отличие от рентгенологического исследования, по праву занимает лидирующее место в решении вопроса контроля лечения пациентов с ПВ.

Однако, как и любой из методов непрямой визуализации, метод имеет свои особенности. Особенностью плевральной полости является то, что она имеет сложную геометрическую форму в пространственном отношении. Поэтому методики математического вычисления объема данной полости дают приблизительный результат. Определение объема ПВ требует от врача-специалиста опыта и четкого выполнения последовательности этапов обследования. Единого ультразвукового стандарта вычисления объема ПВ не существует. Мы попытались обобщить разрозненные литературные сведения и вывести оптимальные способы расчета ПВ для практической работы в условиях поликлиники.

В 2015 г. в отделении функциональной диагностики ГБУЗ СО СГКП №15 было проведено 435 ультразвуковых исследований плевральных полостей, в том числе непосредственно перед плевральными пункциями. У пациентов, подлежащих пункции, проведено сравнение результатов ультразвуковых измерений ПВ с полученным количеством удаленной жидкости. В единичных случаях ультразвуковое исследование повторялось после пункции.

Существуют несколько вариантов расчета объема ПВ: от эмпирического (определения объема «на глаз») до методик с использованием математических формул с данными, полученными с помощью программ анализа изображения самого аппарата. Следует заметить, что при вычислении объема выпота с помощью той или иной формулы коэффициент корреляции всегда будет меньше единицы.

Вычисление объема выпота «на глаз» может быть выполнено специалистом с большим опытом работы – характерные особенности полученного изображения дают представление о возможном объеме выпота: 20-30 мл – выпот не выходит за пределы синуса, 100 мл – занимает реберно – диафрагмальный синус и в задних отделах выходит за его пределы, 100-200 мл – выпот распространяется субплеврально в виде полумесяца, 250-400 мл – субплеврально и паракостально, формируя букву «V», 400-500 мл – буква «V» сглаживается и толщина субплеврального слоя увеличивается, от 500 мл и более – полное погружение купола диафрагмы в выпот, появляется компрессионный

ателектаз нижнего края легкого (при постравматическом экссудате при объеме уже 100-200 мл развивается компрессионный ателектаз ввиду ограничения полноценного дыхания из-за более и снижения воздушности легкого), 900-1000 мл – нарастание паракостального слоя выпота, сглаживание купола диафрагмы, доступно осмотру парамедиастенальное пространство, 1500 мл – компрессионный ателектаз доли легкого, 2500 мл и более – компрессионный ателектаз легкого, средостение смещено в здоровую сторону.

С помощью ряда формул и измерения нескольких параметров можно также вычислить объем выпота:

- формула определения объема эллипса:

$$L_{мм} \times D_{мм} \times H_{мм} \times 0,523 = V \text{ ml},$$

- формула W.Goecke, W.B.Schwerk (1990):

$$LH_{см} \times 90 = V \text{ ml}$$

*(коэффициент корреляции 0,74),*

- формула G.Mathis (1996):

$$(H_{мм} + LH_{мм}) \times 70 = V \text{ ml}$$

*(коэффициент корреляции 0,87),*

где L- длина, D – толщина, H – высота, LH – высота выпота по латеральному (костальному) краю.

Используя программы анализа УЗ аппарата, можно вычислить объем выпота по другим формулам:

- формула Kelbel et al. (1990):

$$QSF_{см^2} \times H_{см} \times 0,66 = V \text{ ml},$$

- формула Eibenberger et al. (1994):

$$(D_{мм} \times 47,6) - 837 = V \text{ ml},$$

где QSF – площадь УЗ - среза на уровне середины высоты максимального выпота, D – толщина слоя выпота, измеренного в положении пациента лежа на спине.

В нашем наблюдении пункции плевральных полостей были проведены у 19 пациентов. Сравнение полученных результатов с предварительным расчетом количества жидкости удалось провести у 16 человек (трем пациентам процедура пункции была прекращена по клиническим показаниям – гипотония, резкий кашель). У 2 пациентов имела место недооценка количества жидкости, у 14 измерения коррелировали с объемом спунктированной жидкости с меньшим ее количеством - разница составила в среднем 22%, что объяснимо остаточной долей выпота (в случаях повторного УЗИ у пациентов с значительным ПВ после пункции объем жидкости в среднем — 250-300 мл). Оптимальными для расчета ПВ при ультразвуковом исследовании

явились формула W.Goecke, W.B.Schwerk, а также формула G.Mathis, учитывая простоту вычисления и процент максимальной корреляции.

Таким образом, все методики, описанные выше, можно использовать для определения объема жидкости у «первичного» пациента (впервые обнаружен выпот, послеоперационный период), то есть до момента начала лечения. Для динамического контроля вполне пригодно, с практической точки зрения, использование показателя толщины субплеврального выпота, измеряемого как расстояние между самой высокой точкой на куполе диафрагмы и нижним краем частично коллабированного легкого.

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦВЕТОВОГО ДОПЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

*Ушакова С.В., Жидков Д.А., Тулунова Е.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Тромбоз воротной вены (ВВ) – это редкое заболевание сосудов печени, приводящее к нарушению дренирующего потока из органов желудочно-кишечного тракта. Часто тромбоз ВВ проходит бессимптомно либо маскируется под многие заболевания системы ЖКТ и гепатобилиарной системы. Прогноз при тромбозе воротной вены всегда серьезен, часто наблюдаются смертельные исходы вследствие кровотечений или печеночной комы.

Клинически диагностировать это состояние достаточно сложно. При внимательном рутинном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости возможно точно верифицировать наличие тромба в воротной вене и его распространенность, в первую очередь окклюзирующее или неокклюзирующее поражение сосуда.

**Цель работы** - показать на клиническом примере высокую ценность рутинного ультразвукового исследования гепатобилиарной системы, дополненного оценкой кровеносной системы печени в серошкальном режиме и с применением цветового доплеровского картирования (ЦДК) в диагностике тромбоза в системе ВВ. Достоверных сведений о частоте тромбоза ВВ нет. По секционным данным, тромбоз выявляют в 0,14-0,34% всех вскрытий (L. Lissauer, 1908; L.T. Webster, 1921; E.C. Palette, 1936). По другим данным (А.И. Грицюк, 1973), при вскрытии умерших от основных сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероза, гипертонической болезни, эндокардитов и пороков сердца) тромбоз воротной вены был обнаружен в 0,56% случаев (у 10 из 1763 умерших), что составляет 0,8% всех тромбоэмболий, развивающихся при этих заболеваниях. Известно, что тромбоз воротной вены поражает до 5% больных портальной гипертензией на фоне цирроза печени.

В основе патогенеза всех венозных тромбозов лежит триада Вирхова: 1) травма стенки вены при хирургическом вмешательстве, 2) снижение скорости

потока крови в воротной вене вследствие экстравазальной компрессии сосуда образованиями, застоя в большом круге кровообращения при хронической сердечной недостаточности, синдроме Бадда - Киари (тромбоз печеночных вен), 3) коагулопатии с повышением свертываемости крови либо изменением соотношения ее клеточных элементов.

Клиническая картина зависит от скорости развития тромбоза, локализации и протяженности тромба. При остром окклюзирующем тромбозе развивается инфаркт печени либо атрофия ее сегмента. Однако в 35% случаев тромбоз формируется медленно, что позволяет сформировать достаточный коллатеральный кровоток. В таких случаях воротная вена со временем реканализируется и происходит ее кавернозная трансформация. Но даже при относительно благоприятном течении заболевания в большинстве случаев врач ультразвуковой диагностики регистрирует портальную гипертензию.

Важные моменты для врача-клинициста и врача-диагноста, которые настораживают на поиск висцеральных тромбозов и в частности тромбоза воротной вены:

9. изменения коагулограммы: повышение содержания фибриногена, появление активированного фибриногена Б, увеличение протромбинового индекса, уменьшение времени свертывания крови

10. отягощенный анамнез: тромбозы и посттромбофлебитическая болезнь (ПТБФ), онкологическая патология, хроническая сердечная недостаточность, спленэктомия, заболевания крови.

При обычном ультразвуковом исследовании (УЗИ) в серошкальном режиме просвет ВВ в большинстве случаев (70-90%) хорошо визуализируется в проксимальной и средней трети, где в основном и располагается тромб. Дистальная треть ВВ доступна локации только в 30-50% случаев, чаще всего ее экранирует высоко стоящая поперечная ободочная кишка. При внимательном рассмотрении просвета ВВ в серошкальном режиме можно выявить неоднородное эхопозитивное образование повышенной или смешанной эхогенности, с неровными, нечеткими контурами (фото 1), препятствующее кровотоку, размеры которого могут быть различными: от 0,5 см до полной окклюзии основного ствола вены или ее ветвей.

Фото 1.

При малейшем подозрении на инородное тело в просвете сосуда необходимо внимательно рассмотреть прокрашивание ВВ в режиме ЦДК. Кровоток может быть частичным (тромб заполняет просвет на 30-70%), пристеночным (тромб заполняет сосуд на 70-90%), при окклюзии кровоток может быть фрагментарным либо полностью отсутствовать («немая вена»). Важно помнить, что анэхогенные тромботические массы не доступны визуализации в серошкальном режиме, поэтому важно при каждом исследовании печени проверять проходимость воротной вены в режиме ЦДК, особенно при выявлении портальной гипертензии. Также могут быть найдены первопричины тромбоза воротной вены: метастазы, цирроз печени, новообразования печени и поджелудочной железы и другие факторы.

Кроме того, в нашей практике выявлялись кавернозная трансформация воротной вены (фото 2), артерио-венозные мальформации, спонтанные порто-портальные, порто-кавальные и спленоренальные шунты.



Фото 2.

Кроме того, тромбоз ВВ бывает острым (после спленэктомии, при циррозе) и хроническим (развивается долго - от нескольких месяцев до нескольких лет).

Ультразвуковые стадии тромбоза:

- 1) острая - эхогенный тромб, ВВ может быть увеличена,
- 2) подострая - визуализируются тромб и мелкие коллатерали, ВВ может быть увеличена,
- 3) хроническая - крупные коллатерали в проекции облитерированной ВВ (кавернозная трансформация), ВВ уменьшена или не визуализируется.

Необходимо помнить и о тромбоемболах, которые в отличие от тромбоза будут либо подвижны в стенке сосуда, либо прикреплены в одной точке, что рассмотреть не всегда возможно при УЗДГ. Учитывая одинаковую тактику ведения таких пациентов, главное на этапе поликлиники своевременно диагностировать сам факт тромбоза (тромбоемболии) и в срочном порядке госпитализировать пациента в стационар (отделение сосудистой хирургии).

Приводим клиническое наблюдение пациентки со стволым тромбозом ВВ, явившегося случайной находкой. Пациентке Н., 54 лет, проведено плановое УЗИ органов брюшной полости в 2012 году. В анамнезе - холецистэктомия. Предъявляла жалобы на боли в правом подреберье и эпигастральной области. Выдержка из протокола УЗИ брюшной полости: Печень обычных размеров, контуры ее ровные, четкие, структура однородная мелкозернистая, незначительно повышенной эхогенности, признаков билиарной гипертензии нет. Очаговые образования в печени отсутствуют. Ствол ВВ 12-14 мм. хорошо визуализируется на всем протяжении, в просвете лоцируется эхопозитивное не смещаемое образование умеренно неоднородной структуры (фото 3).

При ЦДК выявлен пристеночный огибающий тромб кровотока. Стенки ВВ ровные, диаметр не изменен, кавернозных трансформаций и коллатералей не выявлено. Правая и левая долевые ветви ВВ проходимы, диаметр и ход не изменены. Коллатерали и анастомозы не лоцируются. Ложе желчного пузыря

В зависимости от локализации тромба различают три вида тромбоза воротной вены: радикулярная форма (тромбоз селезеночной вены и мезентериальных сосудов); терминальная форма (тромбозы мелких разветвлений и капилляров ВВ в печени); стволовой тромбоз (в основном стволе ВВ).

без особенностей. Поджелудочная железа обычных размеров, контуры неровные, четкие, структура однородная, повышенной эхогенности, вирсунгов проток не расширен, очаговые образования не выявлены. Селезенка нормальных размеров, ее структура однородная, средней эхогенности. Селезеночная вена 7 мм, ход ее умеренно извит. Заключение: УЗ признаки тромбоза воротной вены, состояния после холецистэктомии, диффузных изменений поджелудочной железы по типу липофиброза.

Пациентка в срочном порядке госпитализирована в отделение сосудистой хирургии Клиник Самарского Государственного Медицинского Университета. Диагноз тромбоз воротной вены подтвержден. После консервативной тромболитической терапии пациентка выписана для наблюдения по месту жительства. На данный момент пациентка находится на диспансерном учете хирургов ГБУЗ СО СГКП 15 в течение 3 лет, рецидива тромбоза висцеральных вен, вен верхних и нижних конечностей не выявлено.

Вывод. УЗИ с ЦДК является исключительно информативным неинвазивным методом диагностики тромбоза в системе воротной вены, даже при использовании аппаратуры среднего класса.

## **ПАЦИЕНТЫ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

***Фатенков О.В., Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Константинов Д.Ю., Горькова Н.Б., Галкина М.А., Светлова Г.Н., Маматова Л.С., Колодяжный Е.Е.***  
*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Профилактика и лечение хронических неинфекционных заболеваний обозначены ВОЗ как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на повышение качества жизни населения мира (Ширинский И.В., Козлов В.А., Ширинский В.С., 2009).

Не случайно профилактика и лечение хронических заболеваний обозначены Всемирной организацией здравоохранения, как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни населения мира (Starfield B., Lemke K.W., Bernhardt T., 2003; van Weel C., Schellevis F.G., 2006; Gill T., Feinstein A.R., 1994; DCCT, 1998; Michelson H., Bolund C., Brandberg Y., 2000). Именно этим обусловлена повсеместная тенденция к проведению крупномасштабных эпидемиологических исследований в разных областях медицины, выполняемых с применением серьезных статистических расчётов.

Благодаря реализации приоритетного проекта здравоохранения, внедрения современных высокотехнологичных методов диагностики и кардиохирургических методов лечения ИБС произошел коренной перелом в медицине. Отмечено снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и увеличение продолжительности жизни. Однако, наряду с улучшением ситуации в здравоохранении произошло в какой-то мере ожидаемое увеличение числа больных с несколькими хроническими

коморбидными заболеваниями. Так, количество больных с пятью и более коморбидными болезнями увеличилось с 42% в 1988–1994 гг. до 58% в 2003–2008 гг. (Boyd C.M., 2005; Caughey G.E., Vitry A.I., Cibert A.L., 2008). При этом у пациентов с коморбидными заболеваниями прогрессивно увеличивается трехлетняя смертность, при двух и более заболеваниях она достигает 82% (Kholodenko V.N., Bruggeman F.J., Sauro H.M., 2007; Marti S., 2006).

Большой массив клинических и научных данных доказательной медицины, свидетельствует о том, что коморбидности присущ спектр несомненных свойств, характеризующих её, как, часто встречающееся, неоднородное явление, которое увеличивает тяжесть состояния больных, ухудшает течение заболевания и прогноз. Пестрота, неоднородность и кумулятивная экспозиция коморбидности обусловлена широким спектром вызывающих её причин (Zhang M., Holman C.D., Price S.D., et al., 2009; Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A., 2005).

По российским данным, основанным на материалах более чем трёх тысяч патологоанатомических секций (n=3239) умерших больных (средний возраст  $67,8 \pm 11,6$  лет) с соматической патологией, поступивших в многопрофильный стационар по поводу декомпенсации хронических заболеваний, частота коморбидности составляет 94,2 %. Наиболее часто в работе врача встречаются комбинации из двух и трёх нозологий, но в единичных случаях (до 2,7 %) у одного пациента сочетаются до 6-8 болезней одновременно (Вёрткин А. Л., Скотников А. С., 2009).

Сохранение такой тенденции ожидается и в будущем, что обоснованно вызвало всплеск интереса к проблеме полипатий специалистов разного профиля и противоречивые мнения (Кейт Нададь'Гинард., 2012). Так, число публикаций, зарегистрированных в базе данных Medline по ключевому слову “мультиморбидность”, возросло с 2000 по 2012 гг. в 4,5 раза (Кейт Нададь'Гинард., 2012; Huddon C., Fortin M., Lapointe L. et al., 2005).

Последние годы международное медицинское сообщество встревожено неуклонным нарастанием хронических неинфекционных заболеваний и на этом фоне приумножением коморбидных заболеваний. Поэтому вполне естественно, и не случайно, что в 2010 г. создано международное научное общество мультиморбидности (International Research Community on Multimorbidity – IRCMo).

Исходя из клинической практики, коморбидность не является артефактом, нетипичным явлением или определенным мифом и модой. Коморбидность является настоящей животрепещущей клинической реальностью, которая затрагивает не только психические расстройства, но и имеет значение и для соматических заболеваний. Она не попадает в систематику заболеваний, представленных в МКБ-10, а наоборот, дает основание к дальнейшему развитию общей классификации болезней.

Клинический опыт свидетельствует о том, что все коморбидные болезни влияют на течение и исход друг друга (Верткин А.Л., Скотников А.С., 2013; Верткин А.Л. Румянцев М.А., Скотников А.С. и др., 2011), однако степень этого влияния, может быть различной.

В настоящее время под коморбидностью понимают одновременное протекание двух и более заболеваний или синдромов, которые патогенетически (по механизму возникновения) взаимосвязаны между собой. Коморбидность достаточно широко представлена, среди больных с хроническими заболеваниями госпитализированных в многопрофильные стационары. Врачам достаточно часто приходится вести пациентов с сочетанием нескольких заболеваний. На этапе первичной медицинской помощи пациенты с наличием одновременно нескольких заболеваний являются скорее правилом, чем исключением.

Несмотря на свою актуальность, медицинскую и социальную значимость проблемы коморбидности она остается незамеченной в связи с её отсутствием в систематике заболеваний, представленных в Международной классификации болезней X пересмотра.

Аксиомой является тот факт, что число коморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом. Вполне естественно, что с увеличением возраста коморбидные болезни встречаются значительно чаще и, особенно у пациентов старших возрастных групп. Коморбидность повышается с 10% в возрасте до 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше (van den Akker M., et al., 1998; АИHW, 2006; van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F., et al., 1998)/

Согласно данным М. Fortin, основанным на анализе 980 историй болезни, взятых из ежедневной практики семейного врача, распространенность коморбидности составляет от 69 % у больных молодого возраста, до 93 % среди лиц средних лет и до 98 % — у пациентов старшей возрастной группы. При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 — у стариков (Fortin M., Bravo G., Hudon C., et al., 2005).

Однако, несмотря на свою актуальность, медицинскую и социальную значимость и востребованность информации по коморбидной патологии в большинство проведенных много центровых, рандомизированных клинических исследований авторы включают пациентов с отдельной строго рафинированной патологией, делая коморбидность критерием исключения. По-видимому, этот этап развития медицины мы завершаем, и в последующем проблеме коморбидности заболеваний будет уделено большее внимание.

Во врачебной практике, пациенты часто получают консультации и рекомендации от «узких» специалистов по определенным органам и системам. В этих случаях нередко в целом проблема пациента не решается, поскольку требуется интегральная оценка состояния человека, создание целостной картины из имеющихся фрагментов. В этой связи в последние годы в медицине все больше внимания уделяется состояниям с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Наличие и сосуществование нескольких болезней нередко в отечественных работах описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной научной литературе чаще применяется термины коморбидные заболевания или состояния (comorbid diseases, comorbid conditions), коморбидность (comorbidity), мультиморбидность (multimorbidity).

Повышенная частота коморбидности не может объясняться только высокой распространенностью болезней, хотя этот факт имеет определенное значение. Отсутствие единого комплексного научного подхода к оценке коморбидности влечет за собой пробелы в клинической практике.

Выделяют два основных вида коморбидности: транснозологическая (пример – ишемическая болезнь сердца в сочетании с гипертонической болезнью) и транссиндромальная (хроническая почечная недостаточность, осложненная анемией). Это разделение во многом условно и не отражает степень патогенетического родства между коморбидными заболеваниями.

На основании имеющихся клинических и научных данных можно сделать вывод, что коморбидности присущ спектр несомненных свойств, характеризующих её, как неоднородное, часто встречающееся явление, которое увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз больных. Неоднородность же коморбидности обусловлена широким спектром вызывающих её причин (Zhang M., Holman C.D., Price S.D., et al., 2009; Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A., 2005). Причины коморбидности: анатомическая близость пораженных болезнью органов; единый патогенетический механизм нескольких болезней; временная причинно-следственная связь между болезнями; одна болезнь как осложнение другой.

#### **Парадигма (структуры) формулировки клинического диагноза при коморбидности**

Практикующего врача клинициста больше интересует структура коморбидности и особенности формулировки предварительного и клинического диагноза. Существует ряд непреложных правил идентификации и формулировки клинического диагноза коморбидному больному. Прежде всего, в структуре диагноза следует выделить основные и фоновые заболевания, их осложнения и сопутствующие заболевания (Пальцев М. А., Автандилов Г. Г., Зайратьянц О. В., с соавт., 2006; Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В., 2008).

Основное заболевание — это та нозологическая форма, которая сама по себе или вследствие осложнений вызывает первоочередную необходимость лечения в данное время в связи с наибольшей угрозой жизни и трудоспособности. Основным является заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью или ставшее причиной смерти больного. Если у больного имеет место несколько основных конкурирующих заболеваний, то правомочно понятие комбинированного основного заболевания (или сочетанного).

Основное заболевание — это та нозологическая форма заболевания, которая сама или вследствие её осложнений вызывает наибольшую угрозу для жизни пациента, а в последующем и трудоспособности и в данное время требует безотлагательную необходимость лечения. В тоже время, основным является заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью или госпитализации или ставшее причиной смерти больного. Если у больного имеет место несколько основных конкурирующих заболеваний, которые вследствие модификации их доминирующей симптоматики могут меняться местами то

правомочно такое понятие как комбинированные основные заболевания (конкурирующие или сочетанные).

Конкурирующие заболевания — это одновременно имеющиеся у больного нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания (например, трансмуральный инфаркт миокарда и массивная тромбоэмболия легочных артерий, обусловленная флеботромбозом нижних конечностей). В практике патологоанатома конкурирующими называются два или более заболеваний, обнаруженных у одного больного, каждое из которых само по себе или через свои осложнения могло быть причиной смерти.

Сочетанные заболевания — болезни с разными этиологией и патогенезом, каждая из которых в отдельности не является причиной смерти, но, совпадая по времени развития и взаимно отягощая друг друга, они приводят к смерти больного (например, остеопоретический перелом хирургической шейки бедра и гипостатическая пневмония)

Фоновое заболевание — способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность, способствует развитию осложнений. Данное заболевание, также как и основное, требует безотлагательного лечения (например, сахарный диабет 2 типа).

Осложнения — патогенетически связанные с основным заболеванием синдромы и нозологии, способствующие неблагоприятному исходу болезни, вызывая резкое ухудшение в состоянии больного (относятся к осложненной коморбидности). В ряде случаев осложнения основного заболевания, связанные с ним общностью этиологических и патогенетических факторов, обозначают как сопряженные болезни. В этом случае их необходимо относить к причинной коморбидности. Осложнения перечисляются в порядке убывания прогностической или инвалидизирующей значимости.

Сопутствующие заболевания — нозологические единицы не связанные этиологически и патогенетически с основным заболеванием (перечисляются в порядке значимости).

#### Литература

1. Ширинский И.В., Козлов В.А., Ширинский В.С. Использование статинов – новый подход к терапии аутоиммунных заболеваний // Вестник РАМН. – 2009. – № 2. – С. 26–32.
2. Starfield B., Lemke K.W., Bernhardt T. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management // Ann Fam Med, 2003; 1(1):8-14.
3. van Weel C., Schellevis F.G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests // Lancet, 2006; 367:550-551.
4. Gill T., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality-of-life measurements // JAMA, 1994; 272:619-626.
5. DCCT Research Group Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT) // Diabetes Care, 1998; 11:725-732.
6. Michelson H., Bolund C., Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age // Qual Life Res, 2000; 9:1093-1104.

7. Boyd C.M. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for performance // JAMA. – 2005. – Vol. 294, No. 6. – P. 716–724.
8. Caughey G.E., Vitry A.I., Cibert A.L. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – P. 221.
9. Kholodenko B.N., Bruggeman F.J., Sauro H.M. Mechanistic and modular approaches to modeling and inference of cellular regulatory networks // Systems biology: Definitions and perspectives. – Springer-Verlag, 2007. – P. 143–159.
10. Marti S. Body weight and comorbidity predict mortality in COPD patients treated with oxygen therapy // Eur. Respir. J. – 2006. – Vol. 27, No. 4. – P. 689–696.
11. Zhang M., Holman C.D., Price S.D., et al. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study // BMJ, 2009; 338:a2752.
12. Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // Hypertension, 2005; 46(2):273-279
13. Вёрткин А. Л., Скотников А. С. Роль хронического аллергического воспаления в патогенезе бронхиальной астмы и его рациональная фармакотерапия у пациентов с полипатией // Лечащий врач, 2009; № 4, стр. 61-67.
14. Кейт Надаль'Гинард. Когда одно мешает другому – коморбидность на злобе дня // Новая медицина тысячелетия. – 2012. – № 6. – С. 22–24.
15. Кейт Надаль'Гинард. Когда одно мешает другому – коморбидность на злобе дня // Новая медицина тысячелетия. – 2012. – № 6. – С. 22–24.
16. Huddon C., Fortin M., Lapointe L. et al. Multimorbidity in medical literature: is it commonly researched? // Can. Fam. Physician. – 2005. – Vol. 51. – P. 244–245.
17. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность // Леч. врач. – 2013. – № 6. – С. 6–69.
18. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. и др. Коморбидность // Consilium medicum. – 2011. – № 2. – С. 10–14.
19. van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F., Roos S., Knottnerus J.A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases // J Clin Epidemiol, 1998; 51:367-375
20. Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice // Ann Fam Med, 2005; 3:223-8
21. Zhang M., Holman C.D., Price S.D., et al. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study // BMJ, 2009; 338:a2752.
22. Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // Hypertension, 2005; 46(2):273-279.
23. Пальцев М. А., Автандилов Г. Г., Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В., Никонов Е.Л. Оформление диагноза // Москва, 2006.
24. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов // Москва, 2008.

## **РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

***Фатенков О.В., Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Константинов Д.Ю., Горькова Н.Б., Галкина М.А., Панишева Я.А., Попова Я.О., Красовская М.А.***  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России

### **Методы оценки коморбидности**

Из существующих методов количественной оценки коморбидности хронических заболеваний у пациентов и решения научных и практических

задач, следует выделить несколько общепризнанных моделей (de Groot V., Beckerman H., Lankhorst G.J., Bouter L.M., 2003).

**1. Модель CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)** разработанная B.S.Linn (1968), дала возможность практическим врачам в структуре коморбидного статуса пациентов оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний. Система CIRS, позволяет оценивать бремя болезни (Белялов Ф.И., 2010; Верткин А.Л., Скотников А.С., 2013; Верткин А.Л. Румянцев М.А., Скотников А.С. и др., 2011). Система CIRS предполагает отдельную суммарную оценку состояния каждой из систем органов. При этом: «0» соответствует отсутствию заболеваний выбранной системы, «1» — лёгким отклонениям от нормы или перенесенным в прошлом заболеваниям, «2» — болезни, нуждающейся в назначении медикаментозной терапии, «3» — заболеванию, ставшему причиной инвалидности, а «4» — тяжелой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии.

Модель CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. По мнению её разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью больных (Linn B.S., Linn M.W., Gurel L., 1968). Так, например если у пациента с 23 балла (из 56), его коморбидность может быть расценена, как средней тяжести (23 балла из 56). В тоже время, из-за отсутствия интерпретации полученных результатов и их связи с рядом прогностических характеристик, прогноз этого пациента оценить не представляется возможным.

**2. Модель CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics)**, предложенная в 1991 году M.D. Miller, учитывающая возраст больных и специфику болезней пожилого возраста, является разновидностью системы CIRS у пожилых больных (Miller M.D., Towers A., 1991; Miller M.D., Paradis C.F., Houck P.R., et al., 1992).

**3. Индекс Kaplan-Feinstein (1973).** В этой модели на основе анализа 5-летней выживаемости больных сахарным диабетом 2 типа определено взаимное влияние сопутствующих заболеваний. В данной системе оценки коморбидности все имеющиеся заболевания и их осложнения в зависимости от выраженности органных поражений классифицируются на лёгкие, средние и тяжёлые. В результате данного анализа резюме о суммарной коморбидности делается на основе наиболее декомпенсированной системы органов. Данная модель даёт суммарную, но менее подробную по сравнению с системой CIRS, оценку состояния каждой из систем органов: «0» — отсутствие болезни, «1» — лёгкое течение заболевания, «2» — заболевание средней тяжести, «3» — тяжелая болезнь.

Система Kaplan-Feinstein дает оценку коморбидности по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 36. Однако, явным недостатком этой модели оценки коморбидности является чрезмерная обобщенность нозологий. Кроме того, в этой шкале отсутствует большое количества заболеваний, которые, по-видимому, следует отмечать в графе «разное», что уменьшает объективность и результативность этого метода.

В тоже время, существенное преимущество индекса Kaplan-Feinstein по сравнению с системой CIRS заключается в возможности независимого анализа злокачественных новообразований и их тяжести (Kaplan M.H., Feinstein A.R., 1973). Однако прогностическая значимость оценки коморбидности по индексу Kaplan-Feinstein не ясна в виду отсутствия интерпретации общего балла, полученного по результатам суммирования заболеваний имеющихся у пациента.

**3. Индекс Charlson (1987)** разработан для оценки отдаленного прогноза коморбидных больных. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждую десять лет жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста (то есть 50 лет — 1 балл, 60 лет — 2 балла, и т. д.). Основной отличительной особенностью и безоговорочным достоинством индекса Charlson является возможность оценки возраста пациента и определения смертности больных, которая при отсутствии коморбидности составляет 12 %, при 1-2 баллах — 26 %; при 3-4 баллах — 52 %, а при сумме более 5 баллов — 85 %.

Однако, данная методика имеет некоторые недостатки — при расчете коморбидности не учитывается тяжесть многих болезней, а также отсутствует ряд прогностически важных заболеваний. Кроме того, сомнительно, что теоретически возможный прогноз пациента, страдающего бронхиальной астмой и хроническим лейкозом, сопоставим с прогнозом больного инфарктом миокарда и инфарктом головного мозга. Таким образом, коморбидность больной С., 73-х лет согласно настоящей методике, соответствует лёгкой степени (9 баллов из 40).

**4. Модифицированный индекс Charlson** — в данную шкалу в 1992 году R.A. Deyo добавлены хронические формы ишемической болезни сердца и стадии хронической сердечной недостаточности (Deyo R.A., Cherkin D.C., Ciol M.A., 1992).

**5. Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease)** — был первоначально разработан в 1993 году S. Greenfield для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями, а в последующем нашёл применение и у других категорий пациентов. Данный метод помогает в расчете продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации больного после проведенного хирургического вмешательства. Для расчета коморбидности, шкала ICED предлагает оценивать состояние пациента отдельно по двум компонентам: физиологическими функциональными характеристикам.

Первый компонент включает в себя 19 сопутствующих заболеваний, каждое из которых оценивается по 4-х балльной шкале, где «0» — это отсутствие болезни, а «3» — её тяжелая форма.

Второй компонент оценивает влияние сопутствующих заболеваний на физическое состояние пациента. Он оценивает 11 физических функций по 3-х

балльной шкале, где «0» — это нормальная функция, а «2» — невозможность её осуществления.

**Индекс GIC** (Geriatric Index of Comorbidity) - разработан в 2002 году (Rozzini R., Frisoni G.B., Ferrucci L., et al., 2002).

**Индекс FCI** (Functional Comorbidity Index) - разработан в 2005 году (Grolla D.L., Tob T., Bombardieri C., Wright J.G., 2005).

**Индекс TIBI** (Total Illness Burden Index) - разработан в 2007 году (Litwin M.S., Greenfield S., Elkin E.P., et al., 2007).

Подытоживая существующие методы оценки коморбидности пациента, следует отметить несколько очень важных моментов. Если врач анализирует коморбидный статус одного гериатрического больного с помощью наиболее востребованных международных шкал оценки коморбидности, то он получит принципиально различные результаты. После мозгового штурма при использовании определенной модели оценки коморбидного статуса он приходит к конкретному заключению. Их пестрота, неоднозначность и противоречивость в определенной степени затрудняют стратификацию риска пациента и суждение врача об истинной тяжести состояния пациента и осложняют принятие решения по назначению рациональной фармакотерапии исходя из имеющихся у него заболеваний. С такими трудностями в повседневной практической деятельности каждый врач встречается ежедневно независимо от его клинического опыта и осведомленности.

Основными препятствиями на пути внедрения систем оценки коморбидности и стратификации риска пациента в разносторонний лечебно-диагностический процесс является их пестрота, неоднородность, разрозненность и узкая направленность.

Несмотря на разнообразие методов оценки коморбидности у пациента и его стратификации риска вызывает беспокойство отсутствие единого общепринятого способа её измерения, лишённого недостатков существующих методик. Отсутствие единого инструмента, созданного на основе международного опыта, а также методологии его использования не даёт коморбидности «повернуться лицом» к практикующему врачу. При этом из-за разрозненности в подходах к анализу коморбидного статуса и отсутствия составляющих коморбидности в учебных программах медицинских ВУЗов клиницисту неочевидно её прогностическое влияние, что делает общедоступные системы оценки сопутствующей патологии неаргументированными, а поэтому и невостребованными.

Таким образом, в практической деятельности врача терапевта коморбидность заболеваний встречается достаточно часто, является скорее правилом, чем исключением, увеличивается с возрастом, ухудшает тяжесть клинического состояния пациентов, течение заболевания и прогноз. Следует продолжить поиски наиболее чувствительных индикаторов интегрально и адекватно отражающих коморбидный статус заболеваний у пациента для выработки стратегии и тактики их ведения.

Литература

1. Белялов Ф.И. Проблема коморбидности при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины. – 2010.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность // Леч. врач. – 2013. – № 6. – С. 66–69.
3. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. и др. Коморбидность // Consilium medicum. – 2011. – № 2. – С. 10–14. – Т. 3, № 2. – С. 44–47.
4. Linn B.S., Linn M.W., Gurel L. Cumulative illness rating scale // J Amer Geriatr Soc 1968; 16:622-626.
5. Miller M.D., Towers A. Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) // Pittsburg, Pa: University of Pittsburgh; 1991.
6. Miller M.D., Paradis C.F., Houck P.R., Mazumdar S., Stack J.A., Rifai A.H. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale // Psychiatry Res, 1992; 41:237e48.
7. Kaplan M.H., Feinstein A.R. Acritique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus // Diabetes; 22(3):160-174, 1973.
8. Deyo R.A., Cherkin D.C., Ciol M.A. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases // J Clin Epidemiol, 1992; Jun;45(6):613-9.
9. Rozzini R., Frisoni G.B., Ferrucci L., Barbisoni P., Sabatini T., Ranieri P., Guralnik J.M., Trabucchi M. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity // Age Ageing, 2002; Jul;31(4):277-85.
10. Grolla D.L., Tob T., Bombardiere C., Wright J.G. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome // J Clin Epidemiol, 2005; June; volume 58, issue 6, p. 595-602.
11. Litwin M.S., Greenfield S., Elkin E.P., Lubeck D.P., Broering J.M., Kaplan S.H. Assessment of prognosis with the total illness burden index for prostate cancer: aiding clinicians in treatment choice // Cancer 2007 May 1;109(9):1777-83.
12. de Groot V., Beckerman H., Lankhorst G.J., Bouter L.M. How to measure comorbidity: a critical review of available methods // J Clin Epidemiol, 2003; Mar;56(3):221-9

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

***Фатенков О.В., Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Константинов Д.Ю.,  
Рубаненко О.А., Горькова Н.Б., Галкина М.А., Гаглов А.В.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

В 2013 году были опубликованы рекомендации АСС/АНА по лечению нарушений липидного обмена (АСС/АНА Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH et al. 2013). Они являются важным этапом в развитии липидологии и одним из знаменательных и знаковых событий в липидологии.

Первым и наиболее существенным различием рекомендаций АСС/АНА (2013) от Российских и Европейских рекомендаций явилось четкое определение 4-х групп пациентов, которым обязательно показано назначение статинов, вследствие максимальной пользы и снижения сердечно-сосудистого риска. Такowymi являются пациенты:

1. С сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, ишемический инсульт, заболевания периферических артерий).
2. С первичным повышением уровня ХС ЛНП  $\geq 5$  ммоль/л ( $\geq 190$  мг/дл).

3. С сахарным диабетом в возрасте 40-75 лет с уровнем ХС ЛНП 1,8-4,9 ммоль/л (70-189 мг/дл).
4. Без клинических проявлений атеросклероза и/или без сахарного диабета с уровнем ХС ЛНП 1,8-4,9 ммоль/л (70-189 мг/дл) в возрасте 40-75 лет и имеющие сердечно-сосудистый риск  $\geq 7,5\%$  в течение ближайших 10 лет.

Следует отметить, что перечисленные категории пациентов охватывают первичную и вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Эксперты Рекомендаций АСС/АНА, (2013) к манифестным клиническим формам атеросклеротическим заболеваниям (АЗ) сердечно-сосудистой (СС) системы как критериям включения для проведения комплекса мероприятий по вторичной профилактике с применением статинов отнесли: острые коронарные синдромы, или перенесенный ИМ, стабильную или нестабильную стенокардию, ишемические или другие варианты артериальной реваскуляризации, инсульт, ТИА и атеросклероз периферических артерий.

Вторым важным моментом и отличием рекомендаций АСС/АНА (2013) от предыдущих международных и отечественных рекомендаций стало упрощение подходов к назначению статинотерапии и отход от парадигмы определения целевых уровней холестерина ЛНП.

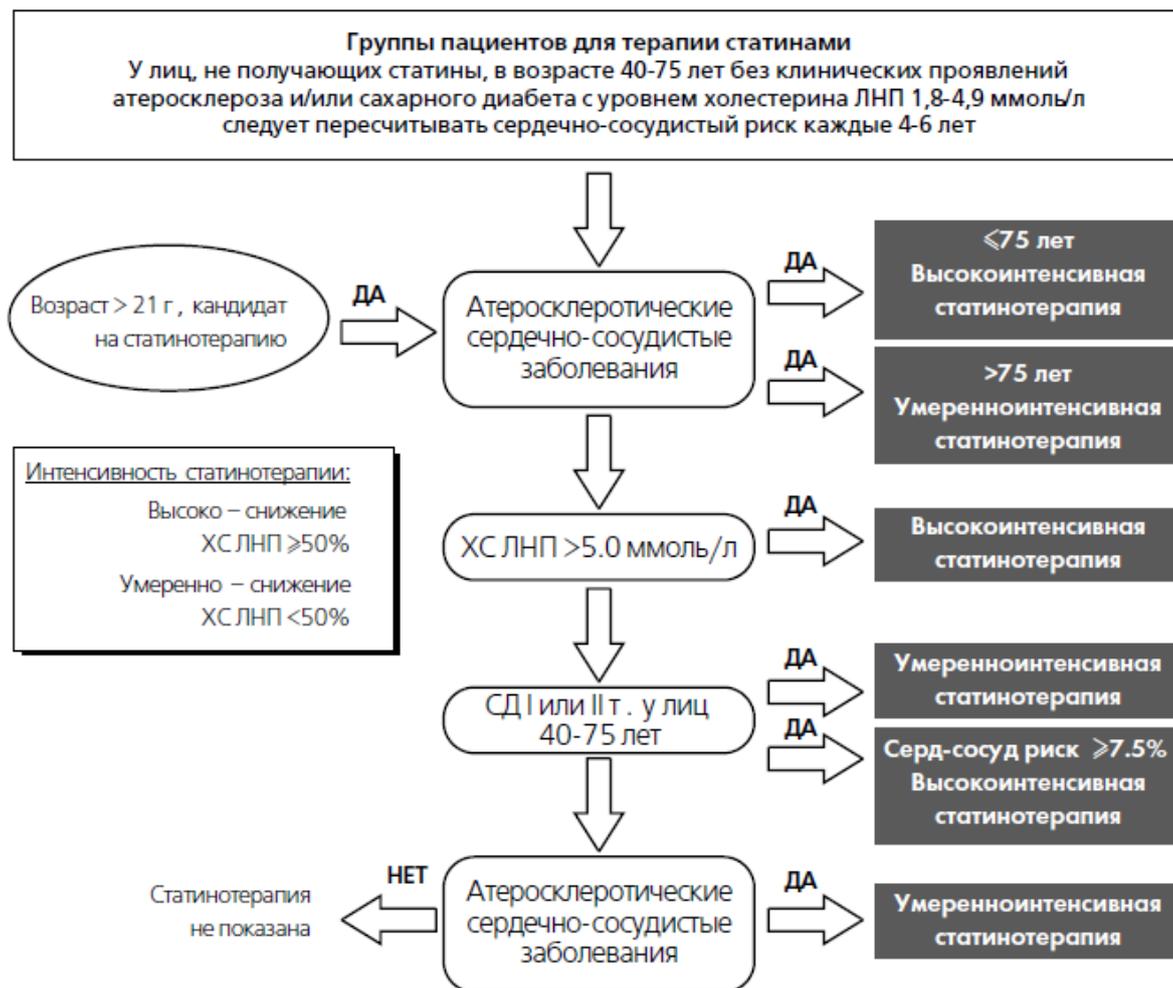
Как отмечают эксперты АСС/АНА (2013) по результатам РКИ и данным доказательной медицины риск развития атеросклеротических заболеваний (АЗ) сердечно-сосудистой системы (ССС) и событий можно уменьшить, используя максимально переносимую интенсивность статинов в группах очень высокого и высокого риска. После всестороннего рассмотрения, данных РКИ, не было выявлено улучшения результатов развития АЗ ССС и событий, при титровании дозы лекарственной терапии для достижения конкретного целевого уровня ХС ЛНП или ХС не-ЛПВП.

Как отмечают эксперты рекомендаций АСС/АНА (2013), исходя из данных доказательной медицины использование статинов для достижения целевого уровня ХС ЛНП: с одной стороны, может привести к недостаточному лечению, чтобы уменьшить риск развития АЗ ССС и событий; с другой стороны к избыточному лечению с применением комбинированной терапии, которая в РКИ не показала, что она влияет на уменьшение риска развития АЗ ССС и событий, хотя эти препараты могут дополнительно снизить уровень ХС ЛНП и / или ХС не-ЛПВП.

Как отмечают эксперты рекомендаций АСС/АНА (2013), последствия от лечения с достижением целевого уровня ХС ЛНП могут означать, что с одной стороны, используется субоптимальная доза статина потому, что цель была достигнута. С другой стороны, добавление комбинированной терапии для достижения конкретных целевых результатов с титрованием дозы статина исходя из доказательной медицины не целесообразно из соображений безопасности.

На рисунке 1 приведен алгоритм рекомендаций АСС/АНА (2013) назначения гиполипидемической терапии и степени интенсивности (агрессивности) статинотерапии.

**Рисунок 1.** Алгоритм назначения гиполипидемической терапии и степени интенсивности (агрессивности) статиноterapiи.



Третьим важным моментом новых рекомендаций АСС/АНА (2013) является значительное укрепление позиций использования интенсивной статиноterapiи. Как подчеркивают Эксперты Рекомендаций АСС/АНА (2013) терапия статинами высокой интенсивности снижает риск развития АЗ ССС событий больше, чем умеренной интенсивности. В тоже время терапия статинами, низкой интенсивности, также снижает риск развития АЗ ССС событий, хотя и в меньшей степени.

В Рекомендациях АСС/АНА (2013) основное внимание при проведении первичной и вторичной профилактики уделено интенсивности фармакоterapiи статинами. Люди, которым показана терапия статинами следует проводить фармакоterapiю такой максимальной интенсивности, которая достаточно эффективна и не вызывает побочных явлений. При этом в качестве индикатора оценки эффективности статиноterapiи, предложено использовать фармакодинамический терапевтический ответ снижения уровня ХС ЛНП.

В Европейских рекомендациях по лечению больных стабильной ИБС (2013) отмечается, что средствами первой линии для улучшения прогноза служат антиагреганты и статины (Montalescot G, Sechtem U., Acbenbach S et al. 2013).

При этом для достижения целевого уровня холестерина среди статинов отдается приоритет препаратам с наиболее выраженным липидснижающим действием, в частности розувастатину и аторвастатину.

В таблице 1 представлены рекомендации экспертов АСС/АНА (2013) по применению статинов и их дозовым режимам для: высоко интенсивной (высокие дозы), умеренно интенсивной (умеренные дозы) и низко интенсивной (низкие дозы) фармакотерапии (Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AN et al., 2013).

Таблица 1

**Терапия статинами высокой, умеренной и низкой интенсивности**  
(Рекомендации АСС/АНА, 2013)

<b>Дозовый режим при терапии статинами</b>		
<b>Высокой интенсивности</b>	<b>Умеренной интенсивности</b>	<b>Низкой интенсивности</b>
Уровень ХС ЛПНП снижает в среднем на $\geq 50\%$	Уровень ХС ЛПНП снижает в среднем на $\geq 30\% - < 50\%$	Уровень ХС ЛПНП снижает в среднем на $< 30\%$
Аторвастатин 40–80 мг	Аторвастатин 10-20 мг	Симвастатин 10 мг
Розувастатин 20-40 мг	Розувастатин 5-10 мг	Правастатин 10–20 мг
	Симвастатин 20–40 мг ‡	Ловастатин 20 мг
	Правастатин 40-80 мг	Флувастатин 20–40 мг
	Ловастатин 40 мг	Питавастатин 1 мг
	Флувастатин XL 80 мг	

**Выводы**

1. Статиноterapia является «золотым стандартом», важнейшим и наиболее эффективным компонентом лечебно-профилактических мероприятий атеросклеротических заболеваний сердечно-сосудистой системы.
2. Выделены 4-е группы пациентов, которым обязательно показано назначение статинов, вследствие максимальной пользы в снижении сердечно-сосудистого риска.
3. Упрощен подход использования интенсивной фармакотерапии статинами с отходом от определения целевых уровней холестерина ЛНП.
4. Выделены режимы дозирования статинов с учетом категории риска пациентов. Высоко-интенсивный (высокие дозы статинов) со снижением уровня ХС ЛПНП  $\geq 50\%$ . Умеренно-интенсивный (умеренные дозы статинов) со снижением уровня ХС ЛПНП  $\geq 30\% - < 50\%$ . Низко-интенсивный (низкие дозы статинов) со снижением уровня ХС ЛПНП  $< 30\%$ . Эти режимы дозирования дают максимальную пользу в уменьшении сердечно-сосудистого риска.

**Литература**

1. Кухарчук В.В., Коновалов Г.А., Галявич А.С. с соавт. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации V пересмотра». Москва, 2012.

2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации V пересмотра. Москва, 2012
3. Кухарчук В.В., Коновалов Г.А., Галявич А.С. с соавт. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации пересмотр. Москва, 2012
4. Рогоза А.Н., Балахонова Т.В., Чихладзе Н.М., Погорелова О.А., Моисеева Н.М., Сивакова О.А. Современные методы оценки состояния сосудов у больных артериальной гипертонией. Пособие для практикующих врачей. Москва, издательский дом «Атмосфера», 2008.
5. Baigent C, Keech, Kearhey PM et al. Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomized trials of statins. Lancet 2005; 366.
6. Blaha M., Blumenthal R., Brinton E., Jacobson T. National Lipid Association Taskforce on Non-HDL Cholesterol. The importance of non-HDL cholesterol reporting in lipid management. J Clin Lipidol 2008;2:267-273.
7. Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, et al. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus conference report from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. J Am Coll Cardiol 2008;51:1512-1524.
8. Grundy S., Cleeman J., Merz C. et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 2004;110:227-239.
9. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. Comparison of the Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin and Pravastatin Across Doses (STELLAR\* Trial). The American Journal of Cardiology Vol. 93 July 15,2003
10. Kashani A, Phillips CO et al. Risks associated with statin therapy. A systemic overview of randomized clinical trials. //Circulation 2006;114:2788-2797.
11. Montalescot G, Sechtem U., Acbenbacb S et al. 2013 ESC guidelines on management of stable coronary artery disease. European Heart Journal (2013),34,2949-3003 doi:10.1093/eurheartj/ebt296
12. Reiner Z., Catapano A.L., Backer G.D. et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias. European Heart Journal (2011),32,1769-1818 doi:10.1093/eurheartj/ebr158
13. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. published online November 12, 2013; Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231 <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a.citation>
14. Turley S.D. Dietary cholesterol and mechanisms of cholesterol absorption // Eur. Heart J. 1999. № 1/ Suppl. S. P. S29–S35.

**ФОКУС НА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ. СИНДРОМ СТИВЕНСА-  
ДЖОНСОНА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

***Фатенков О.В., Кузьмина Т.М., Рубаненко О.А.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Синдром Стивенса–Джонсона, или «малая форма токсического эпидермального некролиза» с отслойкой эпидермиса не более 10% поверхности

тела, взаимосвязан с иммуноопосредованными цитотоксическими реакциями, направленными на разрушение кератиноцитов, экспрессирующих чужеродный антиген. Формируется отсроченная реакция в ответ на начальную экспозицию антигена с утяжелением реакции на повторную экспозицию с повышением экспрессии фактора некроза опухолей (ФНО- $\alpha$ ). Последний стимулирует апоптоз клеток эпидермиса напрямую или опосредованно через стимуляцию цитотоксических Т-лимфоцитов.

Основное значение в развитии индуцированного лекарственными средствами Синдрома Стивенса-Джонсона имеют антибактериальные препараты. До 55% случаев острая токсико-аллергическая реакция возникает на антибиотики (аминопенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, ванкомицин, рифампицин). На втором месте располагается группа нестероидных противовоспалительных препаратов (до 25% случаев), на третьем – сульфаниламиды (до 10% случаев). Витамины и другие средства, влияющие на метаболизм — до 8%, местные анестетики — до 6%, другие группы медикаментов (противоэпилептические средства (карбамазепин), барбитураты, вакцины, а также героин) — до 18%. Другими этиологическими аспектами представлены инфекционные агенты: вирусы (герпес I и II типов, аденовирус, вирус Коксаки B5, ЕСНО-вирусы, энтеровирусы, вирус Эпштейна—Барра, вирусы гепатита А и В, кори, ветряной оспы, грипп и др.), микоплазмы, риккетсии, различные бактериальные возбудители (*b*-гемолитический стрептококк группы А, дифтерии, микобактерии и др.), грибковые и протозойные инфекции. В 25–50% случаев диагностируется идиопатический синдром Стивенса–Джонсона.

Клиническая картина синдрома Стивенса-Джонсона характеризуется предшествующей манифестации картиной острого респираторного заболевания верхних дыхательных путей (гриппоподобный продромальный период). Лихорадка обычно длится от 1 до 14 суток. В случае лекарственного генеза реакция развивается на 4-21 сутки после приёма препарата. Возможны боли в горле, озноб, головная боль, недомогание. Иногда появляются рвота и диарея. Манифестация поражения кожи и слизистых оболочек характеризуется внезапностью, что сопровождается фебрильной лихорадкой. Длительная лихорадка и ее нарастание или ухудшение локальных изменений позволяют думать о наслоении вторичной инфекции. При поражении слизистой оболочки полости рта в виде пузырей и эрозий присоединяется орофарингеальный синдром с жалобами на затруднение приёма пищи и питья. Вовлечение слизистой оболочки урогенитального тракта сопровождается появлением дизурии или неспособностью помочиться. Возможно появление следующих симптомов: кашель с отхождением густой гнойной мокроты, головная боль, недомогание, артралгии. Отсутствие элиминации причинного фактора или его повторное воздействие влекут за собой рецидив патологического процесса.

В рассматриваемом клиническом случае приводится история болезни пациентки А., 24 лет, с жалобами на ощущение жара, слабость, общее недомогание, боли в горле, высыпание на слизистых губ, онемение языка, зуд в области половых органов, высыпания на ладонях. Наблюдалось повышение

температуры до 38°C. За неделю перед госпитализацией у больной появились боли в горле, повысилась температура до 37,5°C. Самостоятельно начала принимать ципрофлоксацин по 1,0 2 раза в день, другие фармакологические препараты отрицает. В течение 4 дней боли в области горла несколько уменьшились, повышения температуры к вечеру сохранились. На 4-й день появились пузырьковые высыпания на слизистой губ, щёк, дёснах, коже ладоней, подошв, на гениталиях. Беспокоил зуд в области высыпаний, стал затруднён приём твёрдой пищи. К лечению пациентка добавила ацикловир местно и перорально. В связи с отсутствием улучшения и повышением температуры до 40°C 01.09.15 г. была госпитализирована в экстренном порядке в инфекционное отделение с подозрением на герпетическую инфекцию.

Особенности аллергологического анамнеза: аллергическая реакция по типу крапивницы ранее была на апельсины, аскорбиновую кислоту, солнцезащитный крем, косметику. Во всех случаях наблюдался положительный эффект антигистаминной терапии. Две последние аллергические реакции по типу крапивницы 3 года назад (на апельсины) и 1,5 года назад (на аскорбиновую кислоту) купированы в стационаре парентеральной глюкокортикостероидной терапией.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. На коже губ корочки, отслойка эпителия, на слизистой рта гиперемия, на мягком и твёрдом нёбе, дёснах – афты. На коже и слизистой оболочке носа диаметром 3 мм везикулы с эритематозным ободком – элемент сыпи в виде «мишени». Аналогичные элементы сыпи в области ладоней и подошв (рис.1). Единичные элементы на внутренней поверхности малых половых губ. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сатурация кислорода 97%. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Артериальное давление 110 и 70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме.

В общем анализе крови при поступлении эритроциты  $3,43 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $7,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $190 \times 10^9/л$  с увеличением СОЭ - 20 мм/ч. В лейкоформуле наблюдалась тенденция к увеличению палочкоядерных лейкоцитов (17%), снижение лимфоцитов (11%). В биохимическом анализе крови: содержание общего билирубина - 12,5 мкмоль/л, прямого билирубина - 2 мкмоль/л, АЛАТ -10 Е/л, АСАТ -14 Е/л, общий белок - 68 г/л, альбумины - 42 г/л, глюкоза - 3,4 ммоль/л, амилаза - 29 Е/л, выявлена тенденция к увеличению азотистых продуктов обмена (мочевина - 9 ммоль/л, креатинин - 119 мкмоль/л). В общем анализе мочи патологии выявлено не было. Микрореакция на сифилис отрицательна.

На ЭКГ при поступлении вольтаж удовлетворительный, срединное положение оси сердца, ритм синусовый, диффузные нарушения реполяризации.

В связи с выраженной гипертермией больная госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). После консилиума заведующих отделений инфекционных болезней, дерматологии и аллергологии, терапии и ОРИТ диагноз «Герпетической инфекции» был заменён на «Токсико-аллергическую реакцию. Синдром Стивенса-Джонса». Больной была

проведена отмена антибактериальной терапии, назначено: преднизолон внутривенно капельно по 120 мг 2 раза в день с введением физиологического раствора 1000 мл с 2 мл раствора фуросемида, антигистаминная терапия внутримышечно (тавегил – 2 мл 2 раза в день), тиосульфат натрия внутримышечно 30% по 10 мл, обработка полости рта 1% раствором метиленовой сини 3 раза в день, обработка дезинфицирующими растворами слизистых оболочек мочеполовой системы 3–4 раза в день.

На вторые сутки госпитализации, к утру, температура нормализовалась (36,5°C), однако к вечеру температура была субфебрильной (37,1°C). Сохраняются жалобы на болезненность при глотании, высыпания на слизистых и кожных покровах, зуд в промежности, боль при мочеиспускании.

Под наблюдением дерматолога и аллерголога продолжена терапия преднизолоном 240 мг в сутки, увеличено введение жидкости перорально и парентерально до 3 литров в сутки, физиологический раствор 1600 мл внутривенно капельно, лазикс 2 мл внутривенно, гемодез 400 мл внутривенно капельно, десенсибилизирующая, антигистаминная терапия, добавлены хлорид кальция внутривенно капельно и глюконат кальция перорально, лактофильтрум по 2 таблетки 3 раза в день, местно для обработки слизистой рта перед едой лидокаин, облепиховое масло 4-5 раз в день в виде примочек. Кожные элементы сыпи смазывали гидрокортизоновой мазью. К лечению добавлен дюфалак 10 мг на 100 мл воды утром натощак. В течение трёх дней температура к вечеру продолжала повышаться до субфебрилитета (37,1-37,3°C). Увеличились гиперемия кожи ладоней и стоп, размер везикул на слизистых оболочках ротовой, носовой полостей, ладонях и стопах с тенденцией к слиянию.

В общем анализе крови на 3.09.15 имело место увеличение СОЭ до 25 мм/ч при нормализации количества лейкоцитов и лейкоформулы. 05.09.15 в общем анализе крови: увеличение СОЭ до 29 мм/ч, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и ЭКГ без отрицательной динамики. Сохранялась площадь эрозивных поверхностей на слизистой полости рта и носа, высыпаний на гениталиях, мишеневидных пятнисто-везикулярных элементов на коже ладоней и стоп. На губах эрозивные поверхности покрыты серозно-геморрагические корочками, язык обложен белым налётом.

После проведения консилиума больная была переведена на дообследование и долечивание в клинику кожных болезней СамГМУ с рекомендациями проведения иммунограммы, биопсии кожи и/или слизистой, динамического наблюдения общего и биохимического анализа крови. По рекомендации аллерголога проведено взятие анализа крови на выявление спектра ИФА с дальнейшим подтверждением списка вышеперечисленных аллергенов (включая ципрофлоксацин) и добавлением ряда новых (мандарины, арахис, кешью), исследована кровь на обнаружения антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV Ag/Ab Combo), anti-HSV вируса герпеса и anti- Epstein-Barr viral capsid antigens IgG, EBV VCA IgG. Получены отрицательные результаты. Продолжена интенсивная терапия глюкокортикостероидами, под прикрытием которой начата антибактериальная профилактика вторичной

инфекции цефтриаксоном. Применено комплексное воздействие с использованием комбинированных мазей (кортикостероидные плюс антибактериальные и противогрибковые). Назначена инфузионная терапия до 4 л, антигистаминная терапия лоратадином, санация слизистых дезинфицирующими растворами. Благодаря комплексному лечению, удалось избежать осложнений со стороны слизистых оболочек (урогенитальных и орофарингеальных) и кожных покровов с полной реконвалесценцией. Больная выписана с рекомендациями: избегать приема известных ей пищевых аллергенов, при возникновении первых проявлений возможной инфекции не заниматься самолечением с обязательным обращением к врачу.

## **ПАРАДИГМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Фатенков О.В., Симерзин В.В., Гаглоева И.В., Рубаненко О.А.,*

*Ларина Т.А., Галкина М.А., Светлова Г.Н., Пронская О.П.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

В соответствии с современной концепцией (ВОЗ, 1995) и парадигмой цели лечения терапевтических заболеваний является:

- устранение или уменьшение риска развития осложнений;
  - купирование или минимизирование, а также контроль симптоматики заболевания, а также факторов риска;
  - повышение качества жизни;
  - уменьшение частоты и тяжести рецидивов заболевания (количества обострений, частоты и продолжительности госпитализаций);
  - снижение смертности от данного заболевания, сердечно-сосудистой и общей летальности,
- увеличение продолжительности жизни больных.

Это привело к пересмотру принципов медикаментозного лечения, его роли и места в комплексной терапии пациентов. Уменьшение или устранение симптомов заболевания, его прогрессирования является одной из главных составляющих лечения. Однако должны учитываться и ощущения пациентом своего жизненного благополучия: физического, психического, социального (А.Г. Гладков, В.П. Зайцев и соавт., 1982; В.П. Померанцев, 1989). Ведь для пациента важна не только динамика, какую претерпевают в процессе лечения клинические и параклинические показатели, характеризующие заболевание, но, и даже в большей степени, и то, как они влияют на его функционирование в обществе, в семье, на чувство удовлетворения жизнью.

N. Wenger и соавторы характеризуют медицинские аспекты качества жизни, исходя из трёх основных компонентов: функциональной способности, восприятия, симптомов и их последствий. Функциональная способность - это способность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, создавать экономическую обеспеченность.

Функциональная способность подразделяется на 5 компонентов:

- способность выполнять каждодневную работу и получать от неё удовлетворение, осуществлять уход за самим собой, полноценно реализовывать профессиональные навыки. Отсутствие нарушений сна и наличие условий для достаточного отдыха. Важными элементами являются толерантность к дневным нагрузкам, возможность адекватного сна и отдыха, мобильность и независимость;
- социальная функция, проявляющаяся в участии в общественной деятельности, коммуникабельности, общении с друзьями, сослуживцами, семейном благополучии;
- интеллектуальная деятельность включает в себя умственные способности, память, реакцию, умение быстро принимать решение, способность сосредотачиваться;
- эмоциональный статус - настроение, чувства гнева, вины, враждебности, депрессии, страха и озабоченности будущим и т.п.;
- экономическое состояние, являющееся важной поддержкой и гарантией нормального жизненного стандарта.

**Методы оценки КЖ.** Предпочтение должно быть отдано специфическим опросникам для лиц с определенными заболеваниями, причем они должны быть стандартизированными для применения в многоцентровых исследованиях и сопоставления результатов различных исследований.

Наиболее известны следующие **опросники для изучения качества жизни** у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

#### **A. Общие (generic) неспецифические методики**

1. “Medical Outcomes Study 36-Item Short Form health survey” (SF-36) – “золотой стандарт” общих методик оценки качества жизни.
2. “Sickness Impact Profile” (SIP) - Профиль влияния болезни - 12 категорий - 136 вопросов.
3. “Nottingham Health Profile” (NHP) - Ноттингемский профиль здоровья - 6 параметров оценки переживаний - 38 вопросов, 7 параметров оценки повседневной жизни - 7 вопросов. Перед тестированием больному дают короткий тест для проверки интеллектуального состояния.
4. “General Well -Being Questionnaire” - Опросник оценки общего благополучия.
5. “Overall Quality of Life Scale” - Обобщенная шкала оценки качества жизни.
6. “Quality of Life Index” - Индекс качества жизни.
7. “Quality of Well-Being Scale” (QWB)
8. “Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project Charts” (COOP).
9. “Health Utilities Index” (HUI).
10. “EuroQol Instrument” (EQ-5D).
11. “Медико-социологическая анкета Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова”.
12. “Сокращённый многофакторный опросник для исследования личности” (тест СМОЛ).

#### **B. Болезнь-специфические (disease-specific) методики**

1. “New York Heart Association – NYHA” - классификация Нью-йорского общества кардиологов.
2. “Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire” (MLHFQ) - Миннесотский опросник “Жизнь с сердечной недостаточностью” - “золотой стандарт” для болезнь-специфических вопросников при хронической сердечной недостаточности;
3. “Heart Patients Psychological Questionnaire” - “Психологический опросник для кардиологических больных”.
4. “Chronic Heart Failure Questionnaire (CHFQ).
5. “Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire” (KCCQ).
6. “Quality of Life Questionnaire in Severe Heart Failure”.
7. “Specific Activity Scale” (SAS).
8. “Duke Activity Status Index” (DASI).
9. “Stanford Physical Activity Recall”.
10. “Specific French Scale of Activity”.
11. Опросник “Качество жизни больного с аритмией”.

### **ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) не является самостоятельной нозологической формой, а представляет собой синдром, определённое патофизиологическое состояние, когда нарушение функции сердца не позволяет ему поддерживать уровень кровообращения, необходимый для метаболизма тканей. Течение и прогноз ХСН во многом зависят от особенностей основного заболевания, ставшего её причиной. Прежде всего, это гипертоническая болезнь, ИБС, пороки сердца и так называемые некоронарогенные поражения миокарда (кардиомиопатии, миокардиты и т. д.). Одной из задач современной медицины при ХСН является улучшение выживаемости. Так при существующих методах лечения темпы летальности больных составляют от 50% в течение 5 лет при небольшой выраженности симптомов, до более, чем 50% в течение 1 года при выраженной ХСН (CONSENSUS, 1987; SOLVD, 1991). Как влияет лечение на КЖ больных с клинически выраженным хроническим заболеванием? Моделью такого заболевания может быть застойная сердечная недостаточность (ЗСН), при которой имеется дисфункция многих систем, в том числе легких, желудочно-кишечного тракта, почек, головного мозга. ХСН присущи высокие показатели “болезненности” (“morbidity”), которая характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам, ухудшением качества жизни и высокой потребностью в повторных госпитализациях.

**В оценке эффективности лечения при ЗСН используются три уровня оценки:**

1. симптоматика заболевания, данные параклинических методов исследования (параметры гемодинамики, лабораторные и инструментальные данные);
2. показатели КЖ пациентов;
3. продолжительность жизни больных.

Эти уровни оценки эффективности лечения являются наиболее важными при лечении больных с клинически бессимптомной и малосимптомной (субкомпенсированной) систолической (насосной) сердечной недостаточностью. В этих случаях соотношение пользы и риска лечебных мероприятий особенно важно. Существенным критерием целесообразности и оправданности выбора средств будет контроль за КЖ пациента.

КЖ при ХСН определяется тремя основными критериями: степенью функциональных возможностей больного, выраженностью симптомов ХСН и уровнем психосоциальной адаптации к заболеванию. ХСН ухудшает КЖ пациентов в большей степени, чем другие неинфекционные заболевания, такие как стенокардия, респираторные заболевания, артриты, сахарный диабет и артериальная гипертензия (Cleland JGF, Clark A, 1999).

Все специфические методики оценки КЖ при ХСН можно условно разделить на две группы: оценивающие функциональное состояние и более широко отражающие КЖ у пациентов с данной патологией. Одной из общепризнанных методик определения КЖ больных с ХСН является классификация Нью-Йоркского общества кардиологов (New York Heart Association – NYHA), которая применяется более 30 лет. Её простота и распространённость не сопровождается её высокой надёжностью и воспроизводимостью. Главный её критерий это возможность выполнения пациентом “обычной физической нагрузки” понимаются врачами и пациентами неоднозначно, как по интенсивности, так и по продолжительности. Так при опросе одних и тех же пациентов двумя врачами совпадение функционального класса отмечено в 55 % случаев, а корреляция с результатами объективного теста с физической нагрузкой в 50 % случаев (Coldman L, 1983). При необходимости различать больных II и III функциональных классов отмечены наибольшие трудности и расхождения заключений (Goldman L., Hashimoto B., Cook E., Loscalzo A., 1981).

При лечении больных с манифестной систолической дисфункцией левого желудочка приоритет остается за коррекцией физических симптомов. В этих случаях требуется перманентное, пожизненное амбулаторное лечение, нередко прерываемое обострениями и повторными госпитализациями, соблюдение определенного режима, диеты, постоянный прием лекарственных средств.

При начальных стадиях насосной дисфункции с манифестными проявлениями на первый план выходит полное купирование и контроль симптоматики, факторов риска и коррекция нарушений, имеющих в данное время, с целью восстановления функций, необходимых для улучшения и поддержания определенного качества жизни. При этом лечение, направленное на улучшение физического состояния больного, прямо связано с улучшением его КЖ. Важным является лечение основного заболевания, так как ЗСН всегда является осложнением. Существенный вклад в лечение больных вносят ингибиторы АПФ, которые не только уменьшают симптоматику и улучшают КЖ, но влияют на “конечные точки”, то есть продолжительность жизни больных, уменьшают и контролируют имеющиеся факторы риска. При лечении широко применяются диуретики, сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы

и периферические вазодилататоры. Они уменьшают симптоматику ЗСН, но не всегда улучшают качество жизни больных, а иногда и ухудшают его.

При умеренных проявлениях ХСН целью лечения является снижение риска развития осложнений, купирование, уменьшение, коррекция и контроль симптоматики синдрома ХСН, основного заболевания и факторов риска, предупреждение прогрессирования заболевания и уменьшения частоты и тяжести рецидивов. Это способствует улучшению физического состояния и КЖ. Проводится пожизненное систематическое лечение. Его основу составляют ингибиторы АПФ, которые являются препаратами первого ряда при любой стадии систолической (насосной) сердечной недостаточности. Кроме того, применяют диуретики и сердечные гликозиды, которые влияют только на симптоматику, не оказывая влияния на КЖ и продолжительность жизни. В ряде случаев они могут даже её укорачивать, за счет аритмий.

При выраженных проявлениях декомпенсации ХСН наши возможности при лечении существенно ограничены. Так, несмотря на успехи фармакотерапии ХСН достигнутые за последние годы благодаря применению ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов, прогноз при ХСН III-IV функционального класса NYHA остается неблагоприятным, а качество жизни неудовлетворительным. При ЗСН III-IV ФК NYHA ежегодная смертность составляет 50%. Как показала клиническая практика фармакотерапия препаратами с положительным инотропным действием, временно улучшающая КЖ больных с выраженной ХСН может приводить к увеличению темпов летальности (Packer M., Carvel JR., Rodeheffer RJ., et al., 1991). В то же время фармакотерапия, достоверно увеличивающая продолжительность жизни, может неоднозначно влиять на показатели КЖ. Это прежде всего относится к бета-адреноблокаторам. Их применение приводит к достоверному увеличению выживаемости больных с ХСН более, чем на 30%, сопровождается как улучшением (CIBIS, 1994, Metra M., Nardi M., Giubbini R., Dei Cas L., 1994), так и ухудшением КЖ (Doughty RN., 1999), особенно в начале лечения.

При тяжелых рефрактерных формах ХСН влияние лечения на качество жизни и прогноз становится проблематичным. В этих случаях взаимоотношения между продолжительностью жизни больных и показателями качества жизни становятся менее определенными. Необходимо иметь в виду, что тяжелая ЗСН характеризуется резким снижением возможности пациента переносить даже минимальную нагрузку, необходимостью принимать большое количество препаратов и зачастую страдать от их побочных эффектов, иметь резкие ограничения в диете и находиться в постоянной зависимости от родственников, окружающих, создавать для них большие проблемы в повседневной жизни. Просто продление жизни таких больных без уменьшения выраженности или ликвидации данных симптомов не может в полной мере рассматриваться как улучшение КЖ.

Ряд препаратов, применение которых теоретически обосновано, на практике увеличивают риск развития осложнений и смертность. При этом увеличение смертности происходит нередко на фоне существенного клинического улучшения состояния. Так, некоторые фармакотерапевтические вмешательства

с применением, в частности, препаратов положительного инотропного действия могут улучшать функцию сердца, КЖ, но отрицательно влияют на выживаемость больных, так как обладают высокой токсичностью. По результатам научных исследований некоторые методы лечения ХСН достаточно эффективны. Однако в клинической практике они, давая положительный эффект при длительном применении, обладают рядом побочных эффектов и даже опасны. Дело в том, что многие препараты, которые дают положительный результат по параметрам и критериям, являющимся мерой оценки их действия в научных исследованиях, в клинических условиях оцениваются по другим критериям и в основном по “конечным точкам” и “суррогатным” показателям. Это не всегда совпадает с данными научных исследований. В конечном итоге, важна оценка фармпрепаратов по “конечным точкам” - их влиянию на смертность и продолжительность жизни больных. Поэтому необходимо внедрять в практическое здравоохранение апробированные препараты, эффективность и безопасность которых доказана в рандомизированных, многоцентровых и контролируемых исследованиях.

В ряде случаев у пациентов пожилого возраста с ЗСН при их лечении риск развития побочных эффектов активных лечебных вмешательств превышает их реальную пользу. Это - операции на клапанах сердца при нарушениях ритма сердца или ИБС на поздних стадиях заболевания, проведение которых сопряжено с высоким операционным риском. В этих случаях на первом месте должно стоять сохранение и поддержание жизни путем использования минимально необходимых и максимально безопасных мероприятий.

Одним из аспектов терапии ХСН является улучшение толерантности к нагрузке. В повседневной жизни это выражается в большей комфортности и независимости пациента. Важным критерием в оценке тяжести состояния больного с ЗСН и оценке эффективности лечения является вопрос, может ли больной находиться дома и обслуживать себя, выполнять определенную роль и социальные функции в семье и обществе, получать удовлетворение от увлечений, отдыха, сексуальной активности. А также сохранить интеллектуальные способности, оптимизм и веру в проводимое лечение, которые зависят от увеличения физической активности больного и поддержания этого статуса как можно дольше.

Следует помнить, что больные с ЗСН средней и тяжелой степенью (III-IV ФК NYHA) имеют выраженные и крайние манифестные клинические проявления. При этом резко снижается толерантность к физическим нагрузкам. Больные должны пожизненно и строго соблюдать диету и принимать систематически препараты, которые дополнительно вызывают побочные эффекты. Кроме того, они создают большие проблемы для родственников.

Препараты, применяемые для лечения ЗСН, оказывают различное влияние на КЖ, что важно учитывать при лечении больных пожилого возраста.

#### **Литература**

1. Арабидзе Г.Г. Тактика лечения больных с мягкой артериальной гипертензией. // Русский медицинский журнал. 1996. – Том 3, № 2. – С. 80 –83.
2. Ардашев В.Н., Замотаев Ю.Н., Мандрыкин Ю.В., Косов В.А. Возможности

- объективизации результатов реабилитации больных ИБС после операции аортокоронарного шунтирования. Клиническая медицина. 1998. № 10. – С. 23-26.
3. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиология. 1993. № 2. – С. 85-88.
  4. Белоусов Ю. Б., Маношкина Е.М., Упницкая А.А. Клоперкутен: Гипотензивный эффект и влияние на качество жизни у больных гипертонической болезнью стабильного течения. // Кардиология. 1997. № 8. – С. 14-17.
  5. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфандель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. // Кардиология. 1992. № 2. - С. 100-102.
  6. Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Мандрыкин Ю.В., Папикян И.И. Качество жизни после аортокоронарного шунтирования. // Клиническая медицина. -1997. № 12. – С. 33-35.
  7. Захарова Т.Ю., Васюк Ю.А., Абакумов Ю.Е., Тимоничев Н.В., Пак Л.С. Оценка качества жизни в клинике внутренних болезней. // Коллектив авторов. 1991. - С. 34-37.
  8. Карпов Ю.А. Мягкая гипертония: необходимо лечение. // Новый медицинский журнал. 1995. № 1. – С. 28-30.
  9. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Морылева О.Н., Дроздов В.Н., Ивлева А.Я., Моисеев В.С. Фозиноприл при лечении эссенциальной гипертонической болезни с метаболическим синдромом. // Терапевтический архив. 1997. № 8. – С. 10-13.
  10. Кобалава Ж.Д., Школьников Е.Э., Моисеев В.С. Особенности качества жизни у пожилых больных с изолированной систолической гипертонией. // Кардиология. 1999. № 10. – С. 27-31.
  11. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. // Кардиология. 1993. № 5. – С. 66-72.
  12. Либис Р.А., Коц Я.И. Показатели качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиология. 1995. № 11. – С. 13-17.
  13. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных аритмиями // Кардиология. – 1998. № 3. – С. 49-51.
  14. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью. // Русский Медицинский журнал. 1999. – Том 7, № 2.- С. 84-86.
  15. Маношкин Е.М. Антигипертензивные препараты и качество жизни больных гипертонической болезнью. // Кардиология. 1993. № 9. – С. 68-72.
  16. Метелица В.И., Островская Т.П., Дуда С.Г., Филатова Н.П., Выгодин В.А. Длительная монотерапия препаратами из четырех основных групп антигипертензивных средств у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией. Многоцентровое исследование “каптоприл и качество жизни”// Терапевтический архив. – 1995. № 6. – С. 15-20.
  17. Метелица В.И., Дуда С.Г., Островская Т.П., с соавт. Многоцентровое исследование “каптоприл и качество жизни”: влияние антигипертензивных средств основных групп на качество жизни больных из различных популяций. // Терапевтический архив. 1996. № 4. – С. 29-36.
  18. Моисеев В.С. Лекарство и качество жизни. // Клиническая фармакология и терапия. 1993. № 1. – С. 33-35.
  19. Ольбинская Л.И. Ингибиторы АПФ снижают артериальное давление и улучшают качество жизни больных. // Медицинский курьер. 1998. - С. 30-33.
  20. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни. Клиническая медицина. 1989. № 10. - С. 3-8.
  21. Степура О.Б., Пак Л.С., Акатова Е.В., Мельник О.О., Мартынов А.И. Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Кардиология. 1998. № 10. – С. 62-65.
  22. Чирейкин Л.В., Варшавский С.Ю., Бурова Н.Н., Булыгина Н.Е. Оценка качества жизни у больных с нарушениями функции синусового узла. // Вестник аритмологии. – 1998. № 10. – С. 39-42.

## НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Фатенков О.В., Симерзин В.В., Галкина М.А., Сытдыков И.Х.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»*

Метаболический синдром (МС) — увеличение массы висцерального жира, снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемия, которые нарушают углеводный, липидный, пуриновый обмен, а также артериальная гипертензия. Актуальность проблемы метаболического синдрома (МС) обусловлена его высокой распространенностью, повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений.

Частота МС в общей популяции составляет 10-24% взрослого населения, в старших возрастных группах — до 40%. Длительное время МС протекает без явной клинической симптоматики, развивается и прогрессирует постепенно. Диагностика МС на начальной стадии развития имеет большое клиническое значение, поскольку это состояние, с одной стороны, принципиально обратимо, а с другой — лежит в основе патогенеза не только сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), но и артериальной гипертензии (АГ), атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС), то есть заболеваний, которые в настоящее время являются основными причинами смертности.

В соответствии с существующими на сегодняшний день представлениями имеются два основных этиологических фактора развития МС: ожирение абдоминального типа и инсулинорезистентность (ИР). ИР и сопутствующая гиперинсулинемия [ГИ] оказывают как прямое, так и опосредованное атерогенное воздействие на стенки сосудов, способствуют развитию дислипидемии, ряда гормональных, метаболических, прокоагулянтных и провоспалительных нарушений, активации симпатoadреналовой системы, то есть лежат в основе практически всех составляющих МС.

Дисфункция эндотелия характерна для многих больных МС и является маркером метаболических и сосудистых нарушений. Дисфункция эндотелия, развивающаяся в условиях ИР, сопровождается изменением его способности к нормальному образованию одного из основных вазодилатирующих соединений, каковым является оксид азота.

Одним из методов оценки выраженности эндотелиальной дисфункции является определение в крови веществ, образующихся в эндотелии, в том числе оксида азота (NO), определяемого в сыворотке крови по уровню его стабильных метаболитов. Почти любое повреждение эндотелия сопровождается нарушением синтеза NO либо его биодоступности. Косвенной оценкой состояния эндотелия служит также исследование содержания в крови факторов, повреждающих эндотелий. Принцип методик клинической оценки сосудодвигательной функции эндотелия можно представить как измерение действия эндотелий зависимого стимула (фармакологического или механического) на диаметр сосуда и/или кровотоков по нему. Из фармакологических стимулов обычно используют ацетилхолин, а из механических — временную окклюзию сосуда с измерением реакции крупного

сосуда на реактивную гиперемия. Действие стимулов изучается во время прямой ангиографической (чаще всего коронарной) и ультразвуковой визуализации. Кровоток измеряют доплерографически, в том числе внутрисосудистыми датчиками.

Коронароангиографическое исследование — дорогостоящий и не всегда доступный метод. Его нельзя применять для наблюдения за изменениями функции эндотелия под влиянием проводимого лечения. Поэтому все большее распространение получают неинвазивные методы.

Основной неинвазивной методикой, используемой для оценки сосудодвигательной функции эндотелия, является измерение реакции плечевой артерии на реактивную гиперемия. Эта методика позволяет выявить дисфункцию эндотелия у пациентов с АГ и ишемической болезнью сердца. Применение неинвазивных методов возможно практически у всех пациентов, как с доказанным атеросклерозом, так и лишь с его факторами риска. Данные, полученные в результате обследования, могут отражать распространенность процесса и даже в какой-то степени позволяют косвенно судить о состоянии эндотелия коронарных сосудов. Кроме того, есть основания полагать, что степень дисфункции эндотелия будет учитываться при подборе адекватной терапии и контролироваться во время лечения.

Одним из неинвазивных методов, применяемых на кафедре факультетской терапии, для исследования функции эндотелия является фотоплетизмограф компьютерный «ЭЛДАР». С помощью данного прибора и программного обеспечения «Eldar-Endo» проводится анализ контура фотоплетизмограммы с целью определения диагностических показателей, характеризующих эластические свойства сосудов и функцию сосудистого эндотелия для выявления ранних стадий атеросклероза, артериальной гипертензии, прогноза течения сердечно-сосудистых заболеваний, оценки результатов лечения.

Метод фотоплетизмографии основан на регистрации оптической плотности исследуемой ткани. Исследуемый участок ткани просвечивается инфракрасным светом, который после рассеивания (или отражения), попадает на фотоприемник. Интенсивность света, отраженного или рассеянного исследуемым участком ткани (органа), отражает количество содержащейся в ней крови в реальный отрезок времени, регистрируя количественную и качественную динамику последовательных изменений объема крови в изучаемом участке ткани в период каждого сердечного цикла на протяжении всего процесса измерений. Предметом изучения при проведении пальцевой фотоплетизмографии являются пульсовые волны. Предоставляемая ими информация отражает гемодинамику в деятельности сердечно-сосудистой системы на периферическом уровне. Пульсовая волна состоит из двух компонентов — анакротической и дикротической фазы (рис. 1).

Первый пик пульсовой волны, соответствующий анакротическому периоду пульсовой волны (A1, прямая волна), образуется в период систолы. Амплитудное значение анакротической фазы соответствует ударному объему крови при сердечной выбросе, предоставляя, таким образом, косвенные сведения о степени инотропного эффекта.

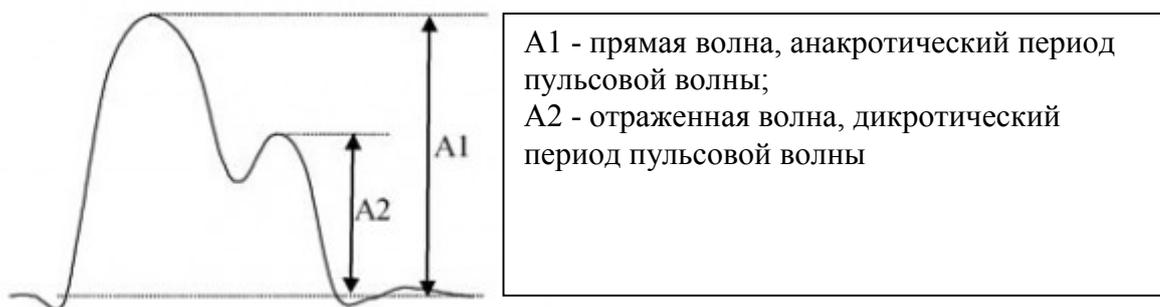


Рис.1. Пальцевая фотоплетизмограмма

Второй пик пульсовой волны, соответствующий дикротическому периоду пульсовой волны (A2, отраженная волна). Дикротическая фаза предоставляет информацию о тоне сосудов. Вершина пульсовой волны соответствует наибольшему объему крови, а ее противолежащая часть — наименьшему объему крови в исследуемом участке ткани. Характер пульсовой волны зависит от эластичности сосудистой стенки, частоты пульса, объема исследуемого участка ткани, ширины просвета сосудов. Считается, что частота и продолжительность пульсовой волны зависит от особенностей работы сердца, а величина и форма ее пиков – от состояния сосудистой стенки.

Основные параметры фотоплетизмограммы – индекс отражения и индекс жесткости. Чем больше скорость, тем меньше время отражения и тем раньше возвращается отраженная волна. Скорость распространения пульсовой волны зависит от жесткости артерий, то есть, чем более ригиден сосуд, тем меньше время отражения. У лиц с метаболическим синдромом отмечается повышения индекса отражения, что свидетельствует о высоком тоне мелких мышечных артерий, тем самым нарушена регуляция сосудистого тонуca.

#### Список литературы

1. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия. Под редакцией П.А. Лебедева. Самара, 2010.
2. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция. Петрищев, Н.Н. СПб, 2003.
3. Дисфункция эндотелия как новая концепция профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Международный медицинский журнал, 2001; 3.
4. Метаболический синдром. Под редакцией чл.-корр. РАМН Г.Е. Ройтенберга. Москва, 2007.
5. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуca: методы исследования и клиническое значение. Затеищикова А. А., Затеищиков Д.А. Кардиология, 1998; 68-78.

### ОПЫТ ИНФОРМАТИЗАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ В ГБУЗ СО «СГКП № 15»

*Л.С. Федосеева, И.М. Назаркина, Н.А. Чемодурова, А.Х. Кушельман*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Информатизация стала неотъемлемой частью нашей жизни и уже не является чем-то новым для сферы здравоохранения. Принята «Концепция создания ЕГИСЗ», утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364, реализация которой предусмотрена до 2020 года. Утвержден План мероприятий ("Дорожная карта") по развитию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ) в 2015-2018 г.г. В Самарской области интенсивно создается Региональный Сегмент ЕГИСЗ. Региональные специалисты информационных технологий активно оперируют понятиями ЭМК (Электронная медицинская карта) и РИЭМК (Региональная Интегрированная электронная медицинская карта). Врачи создают электронную историю болезни, которая со временем станет доступна для пациентов через электронные сервисы в «Личном кабинете».

В основе всех этих понятий и процессов лежит ИНТЕГРАЦИЯ<sup>3</sup>. И совершенно, не случайно 2015 год в сфере здравоохранения Самарской области объявлен Годом Интеграции. ИНТЕГРАЦИЯ - это установление связей между независимыми системами с целью создания единого информационного пространства.

ГБУЗ СО СГКП № 15 является одним из учреждений, в котором процесс информатизации начался достаточно давно (в 1996 году), и в настоящее время является неотъемлемой частью лечебного процесса.

Приоритетная цель информатизации в СГКП № 15 в 2015 году - ВНУТРЕННЯЯ ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ, И КАК РЕЗУЛЬТАТ - ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВНЕШНЕЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ, в частности, обеспечение полноты и достоверности информации, передаваемой в Региональный сегмент ЕГИСЗ Самарской области.

В современных условиях медицинские работники сталкиваются с необходимостью оптимизации информационных потоков, которые сопровождают их профессиональную деятельность. В основе решения этой задачи лежит использование современных информационных технологий и программных средств, интегрирующих различные аспекты медицинской деятельности. Чтобы различные приложения, необходимые для оказания медицинской помощи пациентам, могли работать качественно и эффективно, они должны взаимодействовать между собой. Для этого необходима ИНТЕГРАЦИЯ информационных систем и качественный обмен данными между лечебными учреждениями.



---

<sup>3</sup> Интегра́ция (от лат. integratio — «соединение») — процесс объединения частей в целое

В информатизации здравоохранения принят за основу архитектурный принцип: однократный ввод данных – многократное их использование, который может быть обеспечен только путем интеграции.

Наиболее часто интеграция медицинских информационных систем осуществляется посредством технологии обмена файлами данных.

Задачи интеграции, как с технической, так и организационной точки зрения являются достаточно сложными и дорогостоящими. Однако, реализованные интеграционные процессы дают ощутимые преимущества и врачам, и пациентам.

Общие цели интеграции приложений можно сформулировать следующим образом:

- уменьшение стоимости эксплуатации совокупности приложений учреждения;
- ускорение процессов и увеличение скорости выполнения рутинных задач;
- улучшение качества выполнения задач за счет формализации процессов.

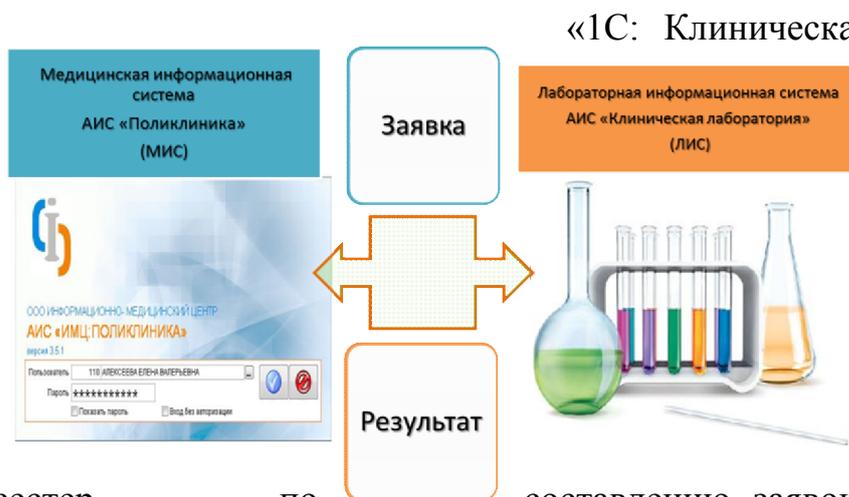
В текущем 2015 году в СГКП № 15 реализованы новые и усовершенствованы существующие интеграционные процессы.

## ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ВНУТРИ ЛПУ



### 1. Внутренняя интеграция: обмен данными по лабораторным исследованиям

Заказ лабораторных исследований и передача результатов являются основными звеньями взаимодействия лечебных и лабораторных подразделений. Процесс интеграции между медицинской информационной системой АИС «Поликлиника» (далее – МИС) и лабораторной информационной системой

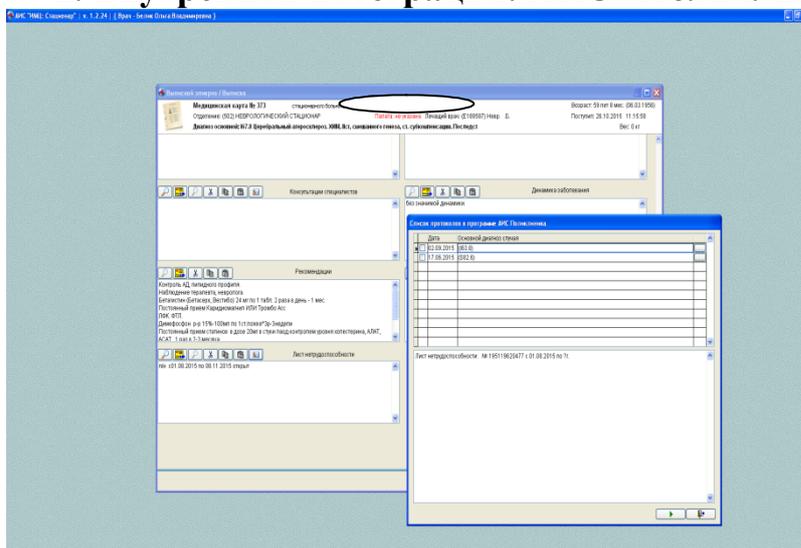


«ИС: Клиническая лаборатория» (ЛИС) в части обмена данными по лабораторным исследованиям стартовал в конце 2014 года. В настоящее время новый функционал успешно эксплуатируется. Проведено обучение врачей, медицинских

сестер по составлению заявок в АИС «Поликлиника», специалистов лаборатории обучили навыкам прикрепления результатов исследований в ЛИС. Если ранее результаты анализов набивались вручную специалистами лаборатории непосредственно в «АИС «Поликлиника», сейчас данные с автоматических анализаторов автоматически поступают в ЛИС, специалистам лаборатории остается только прикрепить результат к заявке. Врачи «видят» результаты лабораторных исследований в АИС, непосредственно на рабочем месте.

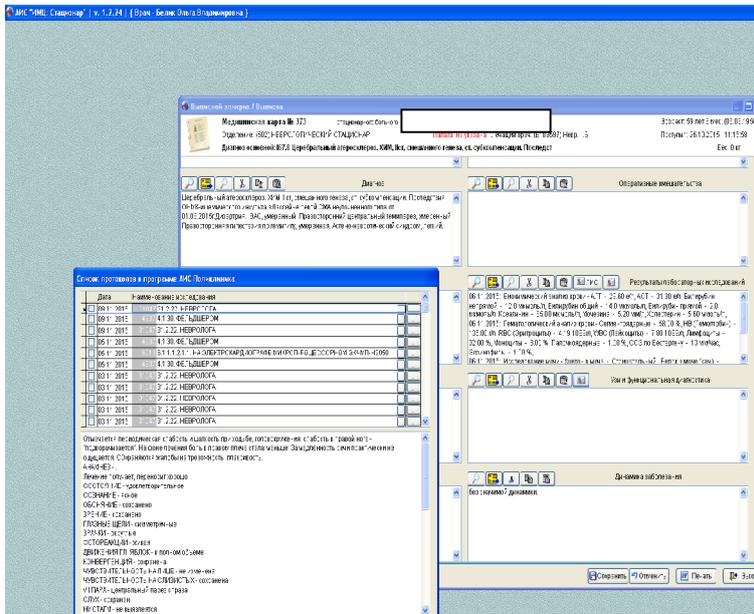
Интеграция информационных систем позволила значительно сократить ручной ввод данных, высвободить кадровые ресурсы, значительно сократить время на обработку исследований, сократить затраты.

## 2. Внутренняя интеграция: АИС «Поликлиника» и АИС «Стационар»



С помощью интеграции АИС «Поликлиника» и АИС «Дневной стационар» осуществляется внутренний обмен данными по амбулаторно-поликлиническим услугам на рабочих местах специалистов, оказывающих стационар замещающие услуги. Услуги дневного стационара при АПУ

регистрируются средствами АИС «Стационар». При оформлении выписного эпикриза в стационаре, врач стационара имеет возможность получить из АИС «Поликлиника» следующие данные:

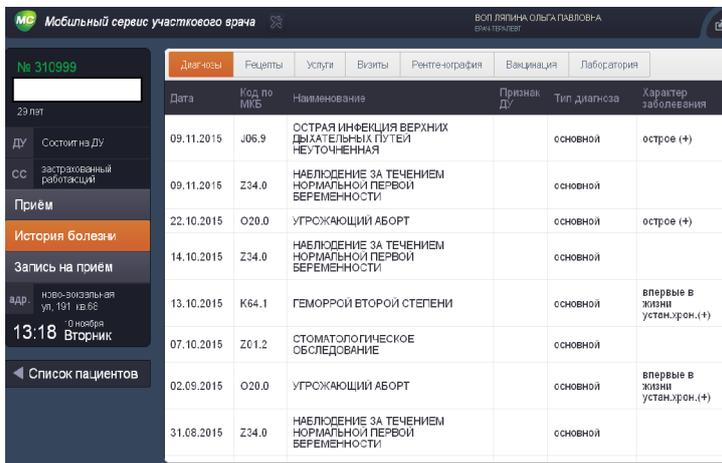


- результаты лабораторных исследований;
- результаты УЗИ и функциональных исследований;
- сведения о консультациях узких специалистов;
- сведения о листах временной нетрудоспособности.

Рисунок 2. Внутренняя интеграция МИС: АИС «Поликлиника» и «АИС «Стационар»

Благодаря интеграции медицинских информационных систем однократно введенная информация используется многократно, позволяя сократить время получения информации и повысить качество оказываемых услуг.

### 3. Внутренняя интеграция: АИС «Поликлиника» и «Мобильный сервис участкового врача»



При посещении пациентов на дому более 80 врачей поликлиники пользуются автоматизированной системой «Мобильный сервис участкового врача» (МСУВ). МСУВ дает врачу отличную возможность с помощью планшета или «нетбука», находясь непосредственно на дому у пациента, получить доступ к БД

АИС «Поликлиника» - посмотреть историю болезни пациента, результаты исследований, оперативно заполнить дневник наблюдения, записать пациента на следующий прием к врачу.

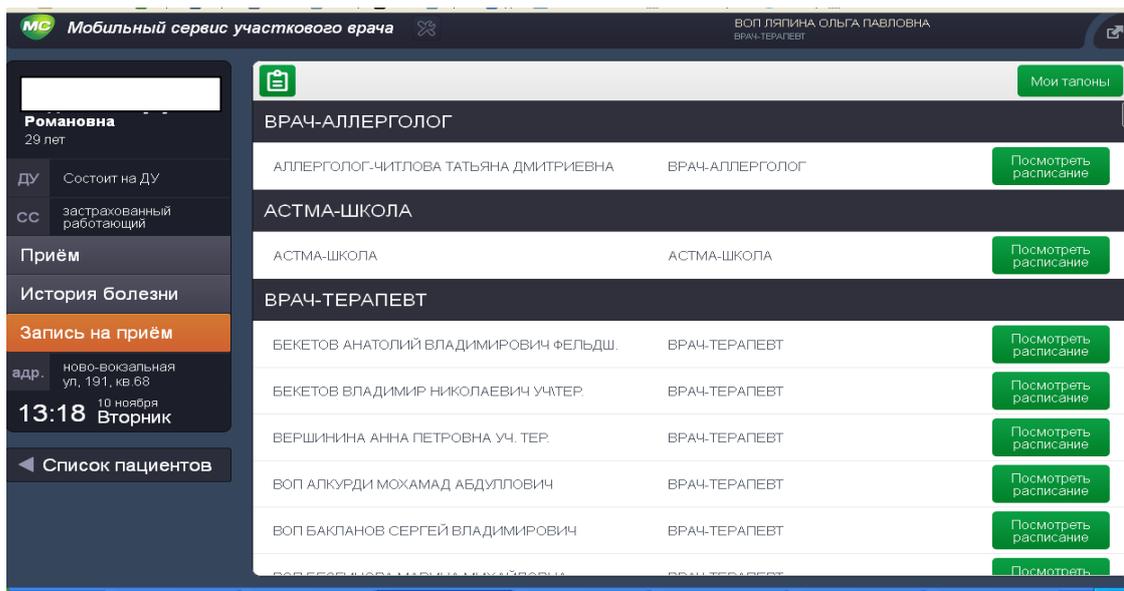


Рисунок 3. Внутренняя интеграция МИС: АИС «Поликлиника» и «МСУВ»

#### 4. Внутренняя интеграция: Личный кабинет для пациентов

*«Основной приоритет информатизации здравоохранения –  
персоноцентрированный подход»*

- Елена Бойко, директор Департамента  
информационных технологий  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

Интеграция информационных систем предоставляет неоспоримые удобства для пациента. В нашей поликлинике для предоставления пациенту доступа к «Электронной истории болезни» внедряется проект «Личный кабинет пациента» (далее - ЛК пациента). Как только результаты анализов передаются из ЛИС в АИС «Поликлиника», пациент получает возможность видеть результаты анализов посредством Интернет в «Личном кабинете» в удобное время и в удобном для себя месте.

Данная услуга очень востребована пациентами, зарегистрировано более 1300 пользователей. В настоящее время услуга доступна только в нашем ЛПУ.

#### 5. Внутренняя интеграция: АС «Аптека» и АС «ABC-, VEN- DDD- анализ потребления лекарственных средств»

АС «Аптека» и АС «ABC-, VEN- DDD- анализ потребления лекарственных средств» интегрированы в 2014 году. Обмен данными между этими системами позволил автоматизировать анализ потребления лекарственных средств, который в свою очередь позволяет устанавливать приоритеты отбора и закупок ЛП. ABC-, VEN- DDD- анализ дает необходимые данные для принятия решений по исключению ЛП из формуляра больницы, и сведения о тех лекарствах, которые используются либо недостаточно, либо избыточно.

«Облачная» архитектура АС «ABC-, VEN- DDD- анализ потребления лекарственных средств» позволяет проводить анализ движения ЛП на уровне области.

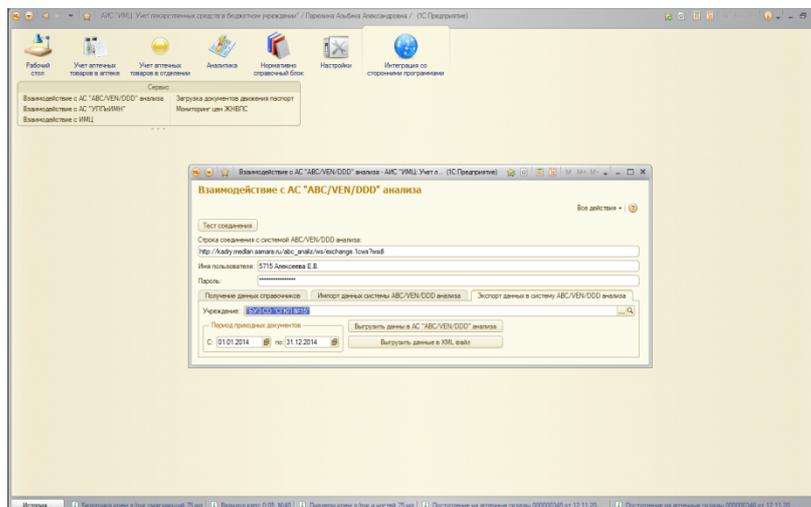


Рисунок 6. Региональная интеграция: АИС «Аптека» и АС «ABC-, VEN- DDD- анализ потребления лекарственных средств»

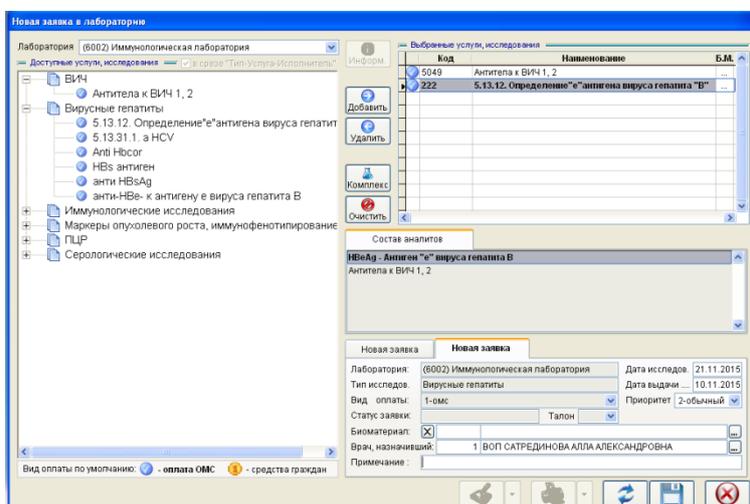
## ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ

- обмен данными с ЛПУ Самарской области

### 6. Интеграция МИС, РАЛИС и ЛИС внешнего ЛПУ

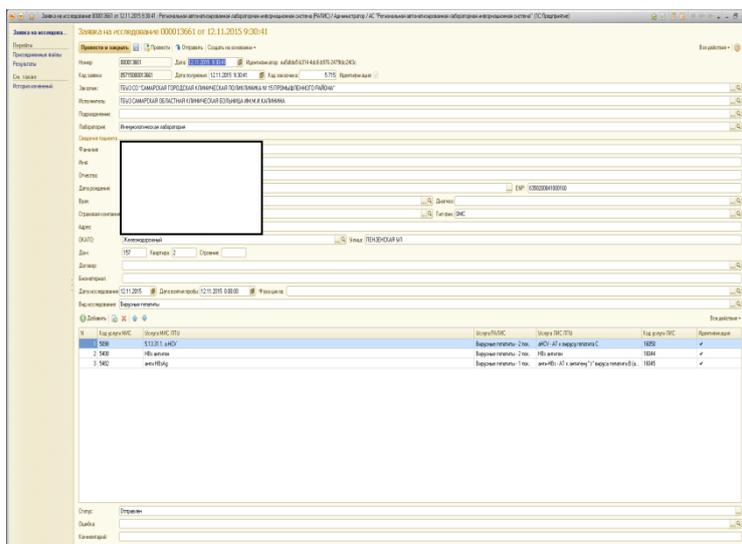
Формирование Регионального сегмента ЕГИСЗ Самарской области позволило создать качественно новые возможности информационного взаимодействия. Так, благодаря использованию «Регионального архива лабораторных исследований (РАЛИС)» при получении внешних услуг стало возможно обмениваться информацией со сторонними ЛПУ в электронном виде. СГКП № 15 (пока единственная из поликлиник Самарской области), успешно осуществляет обмен информацией о результатах исследований с лабораторией СОКБ им. Середавина.

#### КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ИНТЕГРАЦИИ:



1. Лечащий врач СГКП № 15 со своего рабочего места в АИС «Поликлиника» составляет заявку на лабораторные исследования, выбирает необходимый набор анализов, печатает пациенту направление на внешнюю услугу и сохраняет Заявку, которая автоматически

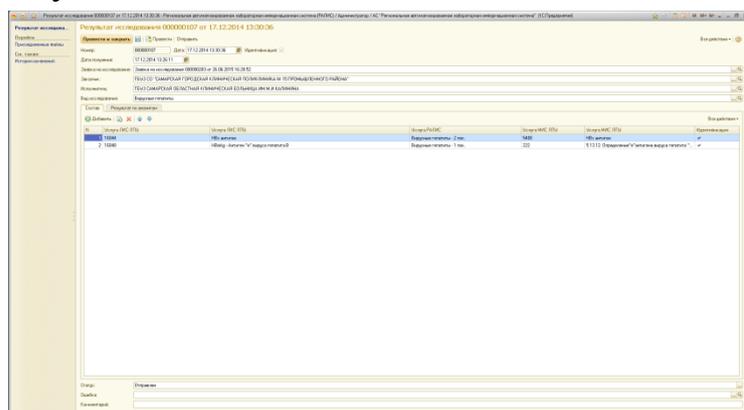
Рисунок 6.1. Заявка из АИС «Поликлиника»



отправляется в Региональный архив лабораторных исследований (РАЛИС).

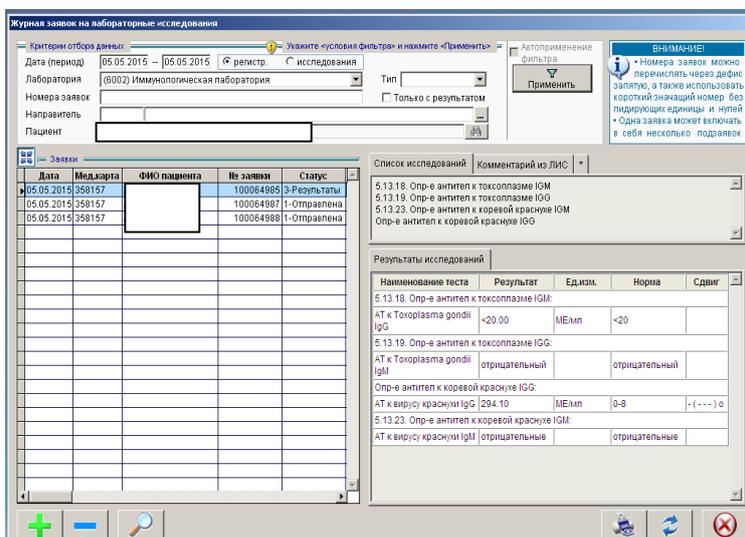
2. Врач-лаборант СОКБ им. Середавина «видит» заявку в своей лабораторной системе.

Рисунок 6.2. Заявки «видят» в ЛИС СОКБ им.Середавина



3. По окончании исследования биоматериала пациента, к заявке, полученной из СГКП № 15 посредством РАЛИС, прикрепляет результаты анализов.

Рисунок 6.1, 6.2 Результаты исследований в ЛИС СОКБ им.Середавина



4. Из Регионального архива ЛИС результаты анализов автоматически передаются в АИС «Поликлиника СГКП № 15».

Рисунок 6.4. Результаты исследований из ЛИС СОКБ им.Середавина возвращаются в АИС «Поликлиника»

Преимущества, полученные в результате интеграции: значительно сокращается время получения результатов, врач получает возможность быстро и качественно провести диагностику заболевания, более оперативно направить пациента на госпитализацию.

### ВЕРТИКАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ: передача и обмен данными с региональными информационными ресурсами и системами

Вертикальная интеграция – это передача данных в вышестоящие органы управления и учреждения на региональном уровне. Интеграция (обмен данными) осуществляется по двум направлениям: передача медицинских данных (для РИЭМК) и данных по учету административно-хозяйственной деятельности. Данные, передаваемые от ЛПУ, в последующем транспортируются с регионального уровня в Федеральные сервисы ЕГИСЗ.

Ежемесячно, в центр обработки данных Регионального оператора информационных ресурсов сферы здравоохранения – МИАЦ, передаются сведения об организационной структуре ЛПУ и штатном расписании для Федерального «Паспорта медицинских учреждений» (ПМУ), о медицинском персонале для «Федерального регистра медицинского персонала» (ФР МП), сведения о заработной плате и оборотах для Федерального сервиса по учету административно-хозяйственной деятельности» (АХД).

Через ГИС «Паспорт МУ» - модуль УЛП на региональный уровень для Министерства здравоохранения Самарской области дважды в месяц передаются сведения о движении лекарственных препаратов (ЛП).



С целью формирования региональной интегрированной электронной медицинской карты (РИЭМК) в МИАЦ посредством Ведомственной интеграционной шины передаются сведения об оказанных медицинских услугах по амбулаторно-поликлиническим услугам и услугам дневного стационара.

## 7. Вертикальная интеграция: выгрузка данных для РИЭМК

«Важнейший шаг – это развитие интегрированных электронных медицинских карт, ИЭМК. В них концентрируется основная информация о пациенте: ..... это единая база данных, аккумулирующая структурированную информацию из электронных медицинских карт, которые ведутся в медицинских организациях»

- Елена Бойко, директор Департамента информационных технологий и связи Министерства здравоохранения РФ

Стратегической целью информатизации в здравоохранении является создание интегрированной электронной медицинской карты пациента (ЭМК). В Самарской области создание региональной интегрированной электронной медицинской карты (РИЭМК) начато с внедрения «Внутриведомственной интеграционной шины

здравоохранения Самарской области» (далее – ВИШ). ВИШ – это транспортный модуль для передачи данных об оказанных медицинских услугах из БД всех подведомственных ЛПУ в центр обработки данных (ЦОД) МИАЦ. В каждом ЛПУ Самарской области установлена «Система управления

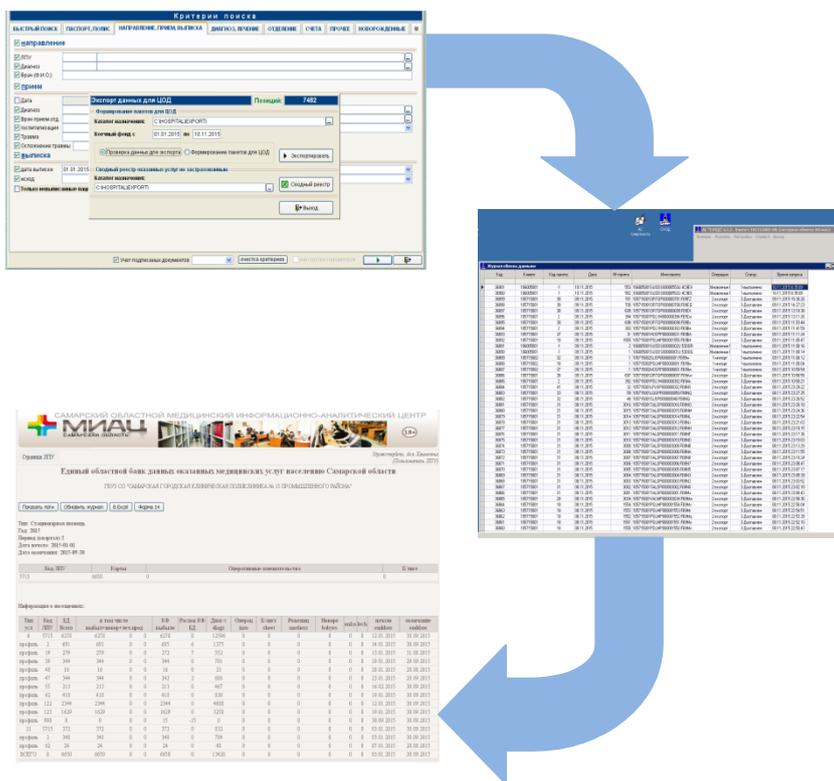


Рисунок 8. Региональная интеграция: формирование и передача данных из МИС через СУОД (ВИШ) в ЦОД МИАЦ, расчет протокола контроля в Паспорте ИТ на сайте МИАЦ на примере данных по услугам дневного стационара

Система управления

обменом данных» (СУОД), позволяющая передавать и отслеживать движение информационных пакетов из ЛПУ в МИАЦ и обратно.

В нашей поликлинике 2015 год – стал годом упорной работы объединения данных об оказанных медицинских услугах для создания ЭМК на уровне ЛПУ. Так как через ВИШ необходима и возможна передача данных только от юридического лица, и только одного информационного пакета, проведена серьезная работа по слиянию локальных информационных пакетов взрослого и детского отделений поликлиники<sup>4</sup>

- выверялись дублирования медицинских карт, сливались данные истории болезни по детям, достигшим 18 лет и перешедшим во взрослое отделение поликлиники, объединялись справочники, проводились перекодировки БД, исправлялись ошибки. Накоплены большие объемы данных по медицинским услугам, поэтому для обеспечения качества информации требуется время.

Краткое описание процесса интеграции:

1. В ЛПУ формируется информационный пакет оказанных медицинских услуг за определенный период для Центра обработки данных (ЦОД) МИАЦ (по отдельным видам медицинских услуг).
2. Транспортируется с помощью СУОД<sup>5</sup> через ВИШ в ЦОД МИАЦ
3. В Личном кабинете ЛПУ на сайте МИАЦ осуществляется форматно-логический контроль (ФЛК) переданных сведений, формируются отчетные формы. В случае отсутствия критичных ошибок, протокол ФЛК подписывается со стороны ЛПУ и МИАЦ (ежеквартально)

## **8. Региональная интеграция: обмен данными по вакцинопрофилактике между МИС и РИЭМК**

«Электронные сервисы позволяют использовать все современные возможности сбора, хранения и управления информацией, что помогает медицинским организациям избежать ошибок, связанных с бумажным документооборотом, и наиболее эффективно использовать рабочее время врачей, уделять больше внимания пациенту»

- Елена Бойко, директор Департамента информационных технологий  
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

---

<sup>4</sup> Детское отделение поликлиники расположено в 2-х зданиях, территориально удаленных от взрослого отделения поликлиники

<sup>5</sup> СУОД – Система управления обменом данных

В СГКП № 15 история болезни ведется в электронном виде в режиме «онлайн» и в полном объеме. Это означает, что все врачи и медицинские сестры заполняют электронную историю болезни пациента во время приема пациента. Сведения о прививках вносятся непосредственно в процедурном кабинете.

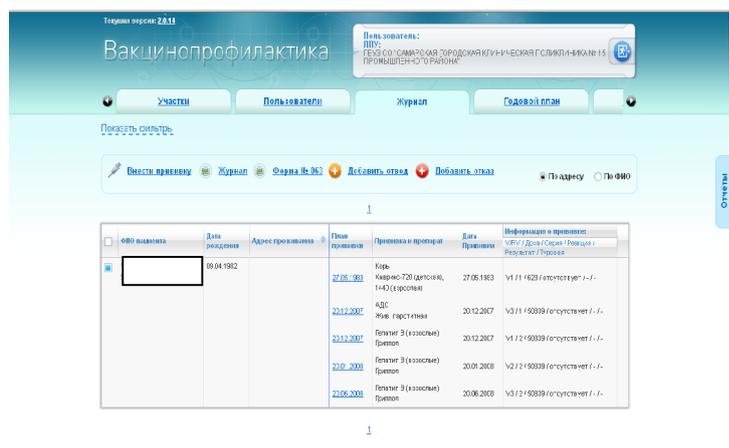


Рисунок 8. Сведения о прививках в составе информационных пакетов об услугах ЛПУ передаются в ЦОД МИАЦ, а затем в АС «Вакцинопрофилактика»

При передаче информации об оказанных медицинских услугах в ЦОД МИАЦ (через ВИШ) данные о прививках попадают в региональную «облачную» автоматизированную систему «Вакцинопрофилактика» (ЛПУ → ВИШ → АС «Вакцинопрофилактика»). Появляется возможность для анализа информации на областном уровне. Таким образом, однократно введенная информация, может использоваться многократно.

Однако, есть необходимость в организации обратной интеграции (ВИШ → Вакцинопрофилактика → ЛПУ) - сведения о вакцинации пациентов в других медицинских учреждениях необходимо «видеть» в ЛПУ прикрепления пациента.

## 9. Вертикальная интеграция: обмен данными в части учета льготных лекарственных препаратов

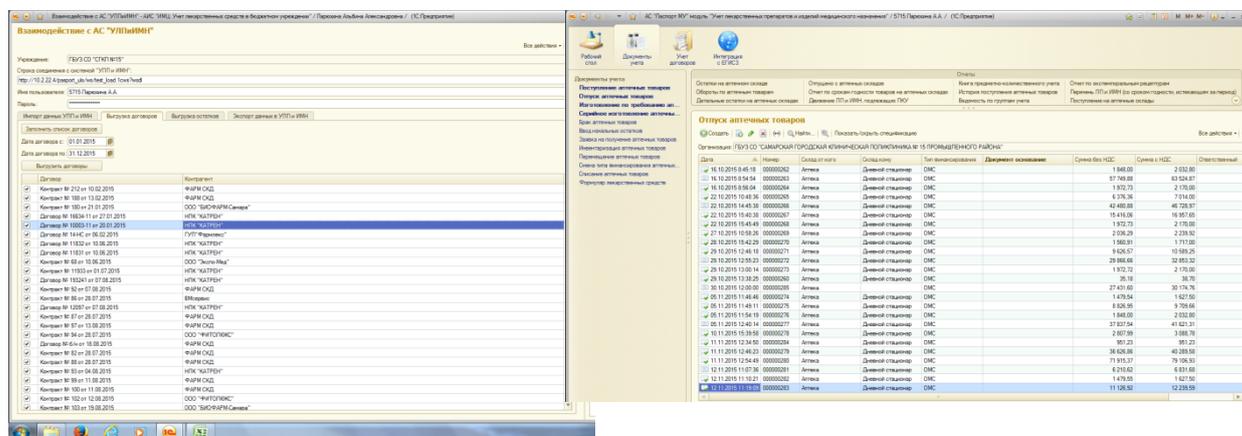


Рисунок 9. Региональная интеграция: сведения, передаются из АИС «Аптека» в ГИС «Паспорт МУ» - модуль «Учет ЛП»

В условиях экономического кризиса важно вовремя организовать закупки и своевременно обеспечить льготные категории граждан лекарственными препаратами (ЛП). В начале 2015 г. Министерством здравоохранения РФ поставлена задача в короткие сроки организовать оперативный мониторинг остатков ЛП и обеспечить мониторинг дважды в месяц - на начало и середину месяца.

Эта задача была успешно решена. АС «Учет лекарственных средств в бюджетном учреждении» (далее – АС «Аптека») (внедрена в конце 2014 г.), в текущем году была успешно интегрирована с региональной

Государственной информационной системой «Паспорт медицинских учреждений» - модуль «Учет ЛП» (ГИС «Паспорт МУ»). Осуществляется обмен данными о приходе и расходе ЛП.

Начиная с апреля 2015 г., в ГБУЗ СО СГКП № 15 дважды в месяц посредством WEB-сервиса сведения из АС «Аптека» передаются в ГИС «Паспорт МУ».

Облачная архитектура ГИС «Паспорт МУ» позволяет «видеть» данные ЛПУ на региональном уровне: в МИАЦ и МЗ СО.

### **ВЕРТИКАЛЬНАЯ (ФЕДЕРАЛЬНАЯ) ИНТЕГРАЦИЯ: передача данных в федеральные ресурсы ЕГИСЗ**

Интеграция с Федеральными сервисами ЕГИСЗ Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществляется через МИАЦ - Регионального оператора информационных ресурсов сферы здравоохранения. В особых случаях Министерство здравоохранения Российской Федерации предоставляет возможность ввода информации непосредственно в Федеральные ресурсы.

### **10. Федеральная интеграция: «облачный» сервис МЗ РФ по диспансеризации детей**

Детское отделение поликлиники постоянно работает с федеральной автоматизированной «Системой мониторинга проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Дата	Имя на МЗ-Ф	Диагностика	Получено	Назначено/Выполнено	Выполнено/не выполнено	Действие
Мочевина	ИЗ.1	уст. введено ранее	Получено амбулаторные сведения, государственная медицинская организация субъекта РФ	Выполнено	Назначено не назначено	не рекомендована ✘
Астматизация	ИЗ.2	уст. введено ранее	Получено амбулаторные сведения, государственная медицинская организация субъекта РФ	Выполнено	Назначено не назначено	не рекомендована ✘
Амблиопия вследствие аномалии	ИЗ.3	уст. введено ранее	Получено амбулаторные сведения, государственная медицинская организация субъекта РФ	Выполнено	Назначено не назначено	не рекомендована ✘
Плохая слуховая (или речевая) слышимость	ИЗ.4	уст. введено ранее	Получено амбулаторные сведения, государственная медицинская организация субъекта РФ	Выполнено	Назначено не назначено	не рекомендована ✘
Другие уточненные дифференциальные диагнозы	ИЗ.5	уст. введено ранее	Получено амбулаторные сведения, государственная медицинская организация субъекта РФ	Выполнено	Назначено не назначено	не рекомендована ✘

Рисунок 10. Интеграция с Федеральным сервисом – «Система мониторинга проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Система оптимизирует сбор, обработку и анализ данных с целью осуществления информационно-аналитической поддержки принятия решений врача. Система позволяет мониторить состояние здоровья детей до осмотра и после осмотра врача, обеспечивает ведение учетных форм в соответствии с приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения них».

### 11. Новые системы, внедренные в СГКП № 15 в 2015 г.

Совместно с Департаментом информационных технологий Министерства здравоохранения Самарской области специалистами нашей поликлиники разработано и согласовано техническое задание по разработке программно-аппаратного комплекса «Электронная очередь» (далее - ПАК «Электронная очередь»). Менеджерами ГБУЗ СО СГКП № 15 проведены совместные электронные торги для 7 медицинских учреждений Самарской области. В октябре 2015 г. ПАК «Электронная очередь» внедрен в промышленную эксплуатацию.



Рисунок 17. ПАК «Электронная очередь» - сообщения для пациентов на экране при входе на прием к врачу

Этот проект позволяет управлять потоками пациентов, мониторить время ожидания пациента при получении медицинских услуг, и как результат, повысить качество и доступность медицинских услуг. Наши врачи и пациенты уже успели оценить новую услугу.

В 2015 г. в СГКП № 15 также внедрены новые информационные системы:

- АС «Регистр медицинских справок»;
- ГИС «Энергоэффективность».

Модернизирован сайт СГКП № 15. Расширено наполнение сайта. Для пациентов предоставляется более широкий спектр информации. Через сайт мы информируем наших пациентов о предстоящих мероприятиях. В соответствии с приказом МЗ РФ от 30.12.2014 г. № 956н с учетом новых усиленных требований к сайтам МО внесены изменения в соответствующие разделы сайта.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Интеграция информационных систем и информационных ресурсов – необходимость нашего времени и перспектива развития. Задача сложная и неоднозначная. Цель интеграции - повысить качество и доступность медицинских услуг. Интеграция позволит перевести систему здравоохранения в новое качество.

Сложность перевода системы здравоохранения в новое качество требует значительных научных и интеллектуальных ресурсов, а также применения достижений системной интеграции - новой области науки и практики, основанной на методологии и инструментарии системности. Назрела необходимость освоения, адаптации, применения и развития системной интеграции для повышения качества.

### **ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И СТАЦИОНАРА ПО ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОЗИЦИИ ПЕРИНАТОЛОГИИ**

*Федосеева Л.С., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Дорожкин В.К.,  
Рябова С.А., Приходько А.В., Кутузова О.А.*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»*

Преимущество в работе учреждений родовспоможения по диагностике хронической плацентарной недостаточности (ХПН) и внутриутробного состояния плода основывается на стандартизации диагностического состояния фетоплацентарного комплекса. ХПН является важнейшей проблемой акушерства и перинатологии, причем современные теоретические знания о ней неадекватны практическим возможностям [1-5]. Отсутствие унифицированного подхода к диагностике степени тяжести и различия критериев клинической классификации ХПН ведут к неадекватной акушерской тактике и неблагоприятным перинатальным исходам [6-8]. Учитывая большое количество до конца нерешенных практических вопросов, касающихся проблемы ПН, следует считать актуальной необходимость разработки нового подхода к оценке степени тяжести ХПН.

Целью исследования явилась разработка стандартизованного подхода к оценке степени тяжести ХПН, базирующегося на комплексной балльной шкале диагностики степени тяжести плацентарной недостаточности.

Для разработки комплексной балльной шкалы степени тяжести ХПН были выделены диагностические критерии (таблица 1). Количественная оценка изменений указанных диагностических критериев была проанализирована у 359 беременных женщин, обследованных в динамике гестации. Из них у 96

беременных имела место задержка роста плода (ЗРП) различной степени тяжести, у 140 – внутриутробная гипоксия плода (ХГП), у 53 – сочетание ЗРП и ХГП, у 70 – беременность протекала без осложнений и завершилась рождением здорового ребенка.

Для стандартизации диагностики степени тяжести ХПН была проведена балльная градация выделенных критериев от 0 до 3-х баллов с учетом результатов корреляционного анализа между диагностическими критериями ХПН и перинатальными исходами, данными морфологического исследования плаценты [1]. Оценка по балльной диагностической шкале ХПН является среднеарифметическим значением суммы баллов по каждому параметру ультразвуковой и лабораторной составляющих шкалы [4]. Каждый параметр оценивается в баллах от 5 до 0 в соответствии с выявленным доминирующим признаком или количественным значением показателя [2].

Разработанная на основе полученных результатов комплексная балльная шкала степени тяжести ХПН была положена в основу клинической классификации ХПН. Для объективизации эффективности контроля состояния фетоплацентарного комплекса при использовании новой клинической классификации проведена оценка соответствия степени тяжести ХПН по классификации степени тяжести ХПН по результатам морфологического исследования, параллельно оценивались перинатальные исходы. Полученные данные сопоставлялись с результатами применения клинической классификации с выделением КПН, СПН, ДПН [2]. Для решения данной задачи были выделены две группы сравнения: I (основную) группу составили 200 беременных с ХПН, диагностика степени тяжести которым проводилась с учетом комплексной балльной шкалы и разработанной клинической классификации; II группу (сравнения) составили 200 беременных с ХПН, диагностика которой осуществлялась с использованием критериев клинической классификации с делением на КПН, СПН, ДПН.

Диагностические параллели с клинической и морфологической реализацией ХПН показали, что выделенные критерии ХПН имеют следующую градацию, объединенную в комплексную балльную шкалу оценки степени тяжести ХПН (таблица 1).

Таблица 1

**Комплексная балльная шкала оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности**

Диагностические критерии	Баллы			
	0	1	2	3
Несоответствие данных УЗ-фетометрии гестационному возрасту плода (в неделях)	нет	на 1-2	на 3	на 4 и более
Оценка по диагностической шкале ПН (в баллах)	5-4,6	4,5-3,6	3,5-2,1	2,0-0
Степень нарушения кровотоков	нет	IA, IB	II	III
ИПСП	менее 1	1-2	2-3	3 и более
РСССП	5	4-3	2	1-0

Сущность способа диагностики степени тяжести ХПН заключается в том, что применяя комплексную балльную шкалу рассчитывают итоговый показатель, соответствующий той или иной степени тяжести ХПН. Итоговый показатель является суммой баллов, который получает каждый определяемый параметр (критерий) в зависимости от своего значения. При значении итогового показателя в соответствии с разработанной классификацией степени тяжести ХПН от 1 до 3-х баллов диагностируют I степень тяжести ХПН (дисфункция плаценты); от 4-х до 9 баллов - II степень тяжести ХПН (декомпенсированная плацентарная недостаточность); от 10 до 13 баллов - III степень тяжести ХПН (прогрессирующая декомпенсированная плацентарная недостаточность); от 14 баллов и более - IV степень тяжести ХПН (критическая плацентарная недостаточность). При значении итогового показателя 0 баллов констатируют отсутствие ХПН.

С учетом результатов проведенного исследования, нами предлагается следующая клиническая классификация хронической ПН. Критерии диагностики ХПН в соответствии с предложенной клинической классификацией представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Критерии диагностики ХПН в соответствии с клинической классификацией**

Показатель	Несоотв. данных УЗ-фетометрии гестацион. возрасту плода	Оценка по диагностической шкале ПН (баллы)	Степень нарушения кровотоков	ИПСП	РСССП (баллы)
Степень тяжести ПН					
I ст. Дисфункция плаценты	нет	от 4,5 до 3,5	норма или IA	менее 1	5-4
II ст. Декомп. ПН: А) с преимущ. наруш. трофич. функции плаценты; Б) с преимущ. наруш. газообменной функции плаценты; В) с сочетанным нарушением функций	на 1-2 или 2-4 нед.	от 3,4 до 2,5	I A, IB, II	менее 1	5-4
	нет	от 3,4 до 2,5	I A, IB, II	от 1 до 2	3
	на 1-2 или 2-4 нед.	от 3,4 до 2,1	I A, IB, II	от 1 до 2	3
III ст. Прогрессир ДПН	2-4 нед. и более	от 2,0 до 1,1	II, III	от 2 до 3	2
IV ст. Критическая ПН	на 3 и более нед.	от 1 до 0	III	3 и более	1-0

*Клиническая классификация хронической плацентарной недостаточности*

I степень. Дисфункция плаценты (нарушение состояния плода отсутствует; изменения на уровне лабораторно-инструментальных показателей, характерных для компенсаторно-приспособительных реакций. Оценка по комплексной балльной шкале степени тяжести ХПН – от 1 до 3 баллов. Тактика: превентивное лечение в отношении возможной реализации ДПН с учетом выявленных отклонений в лабораторно-инструментальных параметрах. II

степень. Декомпенсированная ПН (нарушения состояния плода по типу задержки развития и/или хронической гипоксии плода). Оценка по комплексной балльной шкале степени тяжести ХПН – от 4 до 9 баллов. ПА степень. ДПН с преимущественным нарушением трофической функции плаценты. Тактика: лечение ПН с акцентом на нормализацию трофической функции плаценты. ПБ степень. ДПН с преимущественным нарушением газообменной функции плаценты. Тактика: лечение ПН с акцентом на нормализацию газообменной функции плаценты. ПВ степень. ДПН с сочетанным нарушением функций (трофической и газообменной) плаценты. Тактика: комплексное лечение ПН с учетом выявленных нарушений, при необходимости подготовка к родоразрешению. III степень. Прогрессирующая ДПН (нарастание степени тяжести ПН, в том числе на фоне лечения). Оценка по комплексной балльной шкале степени тяжести ХПН – от 10 до 13 баллов. Тактика: интенсивное лечение ПН, срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение. IV степень. Критическая плацентарная недостаточность (тяжелая внутриутробная асфиксия плода; антенатальная гибель плода). Оценка по комплексной балльной шкале степени тяжести ХПН – 14 баллов и более. Тактика: интенсивное лечение ПН, экстренное родоразрешение. При антенатальной гибели плода подготовка к родоразрешению.

В I (основной) группе в соответствии с разработанной классификацией дисфункция плаценты была диагностирована у 93 (46,5%) беременных; декомпенсированная ХПН – у 86 (43%) женщин, из них с преимущественным нарушением трофической функции – у 18 (20,9%), газообменной функции – у 54 (62,8%), с сочетанным нарушением функций – у 14 (16,3%); прогрессирующая ДПН – у 16 (8%); критическая ПН – у 5 (2,5%). Результаты клинической диагностики степени тяжести ХПН в основной группе сопоставлялись с морфологической оценкой степени тяжести данного осложнения гестации (I, II, III степень) следующим образом: дисфункция плаценты (93 случая - 46,5%) с I степенью тяжести (96 - 48%); ДПН (86 - 43%) со II степенью тяжести (83 - 41,5%); прогрессирующая ДПН и критическая ПН (21-10,5%) с III степенью тяжести ХПН (21-10,5%).

Во II группе (сравнения) КПН диагностирована у 117 (58,5%) беременных, СПН – у 65 (32,5%), ДПН – у 18 (9%). Гистологическая диагностика позволила распределить ХПН в соответствии с I, II, III степенью следующим образом – 67 (33,5%), 109 (54,5%), 24 (12%) соответственно.

Сопоставление полученных результатов в группах сравнения показало, что диагноз степени тяжести ХПН поставлен правильно в основной группе в 98,5% случаев, несовпадение же составило 1,5% (причем за счет переоценки степени тяжести ХПН в 3-х случаях с дисфункции плаценты на ДПН); в группе сравнения соответственно – 75% и 25% (причем за счет недооценки степени тяжести ХПН в 50 случаях, так СПН клинически была недооценена в 40,4% (44 случая из 109), ДПН – в 25% (6 случаев из 24)). Следовательно, использование клинической классификации ХПН, основанной на комплексной балльной шкале, повышает результативность диагностики в 1,3 раза.

Сравнительный анализ состояния детей при рождении включал оценку по шкале Апгар, массоростовые параметры, течение периода постнатальной адаптации.

Через естественные родовые пути были рождены – 63% и 68% детей соответственно I и II группам; путем кесарева сечения – 37% и 32% (из них соответственно плановая операция произведена у 26,5% и 8%, экстренное кесарево сечение выполнено у 10,5% и 24% женщин). Асфиксия различной степени тяжести отмечена у 89 (44,5%) новорожденных I группы и у 120 (60%) II группы. Асфиксия средней и тяжелой степени имела место у 18 (9%) и 5 (2,5%) детей I группы, у 28 (14%) и 18 (9%) детей II группы. Корреляционный анализ между степенью асфиксии новорожденных и итоговым показателем комплексной балльной шкалы показал наличие сильной положительной связи ( $k=0,81$ ), во II группе выявлена связь слабой силы ( $k=0,27$ ). Средний массоростовой коэффициент составил  $58,9 \pm 2,0$  г/см и  $56,1 \pm 2,3$  г/см соответственно основной и группе сравнения ( $P > 0,05$ ). Среди родившихся выявлено значительное число детей с ВЗРП: от матерей I группы число детей составило 32 (16%), от матерей II группы - 56 (28%). ВЗРП I степени преобладало в I группе и составило 26 случаев (81,3%); во II группе ВЗРП II - III степени составило 33 случая (58,9%). При этом у всех беременных с ВЗРП основной группы клинический диагноз соответствовал ДПН с нарушением трофической функции или с сочетанным нарушением функций; во группе сравнения диагнозы КПН, СПН, ДПН при наличии ВЗРП распределились примерно одинаково (9%, 10,5%, 8,5% соответственно). Это свидетельствует о поздней, неадекватной диагностике и о несвоевременном начале коррекции данной патологии у пациенток II группы, несмотря на то, что в данной группе УЗИ являлось основным диагностическим методом алгоритма ведения беременных. У новорожденных I и II групп ранний неонатальный период был осложнен гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в 11,5% и 23% случаев; проявлениями геморрагического синдрома – в 2,5% и 7%; пролонгированной желтухой - в 9% и 18%; патологической убылью массы тела в 18% и 28% соответственно. В переводе на второй этап выхаживания нуждались соответственно 16,5% и 29% детей. Среди переведенных 12,5% и 25% детей соответственно получали лечение в условиях реанимационного отделения. Причем данные новорожденные I группы родились от матерей с диагнозами прогрессирующая ДПН (8%), критическая ПН (2,5%), ДХПН с сочетанным нарушением функций (2%); данные новорожденные II группы родились от матерей с диагнозами КПН (4%), СПН (12%), ДПН (9%). Эти данные свидетельствуют о неадекватной диагностике состояния плода и неверном выборе врачебной тактики при использовании клинической классификации с делением на КПН, СПН, ДПН и о более точной диагностике с адекватным выбором акушерской тактики при применении предлагаемой клинической классификации, основанной на стандартизованной диагностике степени тяжести ХПН.

Таким образом, использование комплексной балльной шкалы с расчетом итогового показателя степени тяжести ХПН повышает точность оценки степени

тяжести плацентарной недостаточности, позволяет оптимизировать акушерскую тактику и улучшить перинатальные исходы.

Литература:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Агаркова И.А. Факторы риска декомпенсации плацентарной недостаточности // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т. 92, №3. - С.372-375.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Прогнозирование плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции, децидуализации, апоптоза и клеточной пролиферации // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т.7, №1. – С. 52-59.
3. Липатов И.С. Клиническая оценка иммунных проявлений повреждения сосудистой стенки при физиологической и осложненной гестозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. - 24 с.
4. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Санталова Г.В. и др. Прогнозирование внутриутробного инфицирования плода у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2009. - №4. - С. 38-41.
5. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
6. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1.- С. 35.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А. и др. Прогностическая значимость методов диагностики плацентарной недостаточности и состояния плода // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №3 (57). - С. 33-40.
8. Липатов И.С., Купаев И.А., Бабкин С.М., Якимова Н.А. Способ диагностики сосудистых нарушений у беременных на раннем этапе развития патологического течения гестации: патент РФ на изобретение №2061960, приоритет от 01.03.1994. Бюл. Изобретения. 16: 259.

## **ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

***Федосеева Л.С., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Семушкина Л.С.,  
Ильяшевская Р.Я., Дорожкин В.К., Жернакова Е.В., Приходько А.В.***

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»,  
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»*

Проведенный ретроспективный анализ медицинской документации родильного отделения городской клинической больницы №2 им. Н.А. Семашко за последние 27 лет (1989–2015 гг) показал значительный рост операции кесарева сечения (с 6,5% в 1989г до 25,8% в 1997 г, 22,2% в 2005г, 28% в 2015 г) и ведущую роль в структуре показаний к операции «рубца на матке». В структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимал первое место

в конце 80-х годов (42,6%) и первой половине 90-х годов (28,7% - 15,1% в 1990–1994 гг.), сместившись в конце 90-х годов на второе–третье место после аномалий родовой деятельности и тяжелых гестозов [1-7]. Однако, в целом судить об оптимальной частоте операции в стационаре высокого риска, при которой максимально снижается риск серьезных осложнений как у матери, так и у плода, согласно нашим данным, нельзя, так как для ответа на данный вопрос необходимо проводить углубленный анализ по каждой нозологии, что не входило в задачи нашего исследования.

Как показал анализ повторное кесарево сечение даже при физиологической регенерации матки (полноценный рубец) ведет в последующем к значительному нарушению репродуктивного здоровья и качества жизни. У всех обследованных нами 100 пациенток через 10-17 лет после повторной операции кесарево сечение имели место те или иные отклонения репродуктивного здоровья: болевой синдром - у 62% женщин; нарушения положения матки – у 27%; эндометриоз – у 33% (в том числе экстрагенитальный эндометриоз – у 2%); снижение сексуальных функций и отсутствие оргазма – у 29%; нарушения менструальной функции – у 50%; вторичное бесплодие – у 17%; нейроэндокринный послеродовой синдром – у 18%; синдром Шихана – у 4%. Исследования гормонов гипофиза, яичников, щитовидной железы и надпочечников свидетельствуют о наличии у 22% женщин гипофункции яичников, сформированных за эти годы нарушениях гипоталамо - гипофизарно-яичниковой регуляции, переходе из функциональной стадии поврежденных яичников в анатомическую с возможными гиперпластическими последствиями для эндометрия, гипофункции щитовидной железы и надпочечников.

В доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не встретили информации по сравнительному анализу отдаленных последствий операции кесарево сечение в зависимости от использованного шовного материала (кетгут, синтетический шовный материал).

По нашим данным, в общей сложности у 400 женщин, перенесших одно кесарево сечение 7-12 лет назад, не зависимо от использованного шовного материала частота патологии встретилась у 66% (264 женщины). При этом болевой синдром был отмечен у 172 (43%) женщин; неправильное положение матки у 77 (19,3%) – при этом ретродевиация отмечена у 36 (9%) пациенток, латеропозиция – у 41 (10,3%) пациентки; генитальный эндометриоз различной формы и степени распространения – у 55 (13,8%); нарушения сексуальной функции, аноргазмия – у 87 (21,8%); нарушения менструальной функции выявлены у 161 (40,3%) женщин – при этом гиперполименорея – у 57 (14,3%), дисменорея – у 87 (21,8%), опсо- и аменорея – у 17 (4,3%) женщин; вторичное бесплодие возникло у 40 (10%) женщин.

В сравнительном аспекте гинекологические последствия операции кесарево сечение при использовании различного шовного материала (200 наблюдений использования кетгута – I группа сравнения и 200 наблюдений использования СШМ – II группа сравнения) распределились следующим образом: болевой синдром внизу живота встретился соответственно 1 и 2

группе в 46,5% (93 наблюдения) и в 39,5% (79 наблюдений); неправильное положение матки – в 24,5% (49 наблюдений) и в 14% (28 наблюдений), при этом ретродевиация выявлена у 10,5% (21 наблюдение) и у 7,5 (15 наблюдений), латеропозиция - у 14% (28 наблюдений) и у 6,5% (13 наблюдений); диагноз генитального эндометриоза выставлен у 16,5% (33 наблюдения) и у 11% (22 наблюдения), наблюдений экстрагенитального эндометриоза выявлено не было; случаи снижения сексуальной функции и аноргазмии отмечены в 24,5% (49 наблюдений) и в 19% (38 наблюдений); нарушения менструальной функции имели место у 43,5% (87 наблюдений) и у 37% (74 наблюдения), при этом гиперполименорея – у 14% (28 наблюдений) и у 14,5% (29 наблюдений), дисменорея – у 24% (48 наблюдений) и у 19,5% (39 наблюдений), опсо- и аменорея – у 5,5% (11 наблюдений) и у 3% (6 наблюдений); вторичное бесплодие диагностировано у 11% (22 наблюдения) и у 9% (18 наблюдений).

Нейроэндокринный послеродовой синдром с нарушением жирового обмена, альгодисменореей, аменореей, вторичным поликистозом яичников выявлен у 8 (4%) женщин первой группы и у 7 (3,5%) женщин второй группы сравнения.

Таким образом, оперативное вмешательство на матке во время беременности несмотря на совершенствование методики и техники операции кесарево сечение, использование современного синтетического шовного материала, имеет в последующем негативное значение, приводя к развитию нарушений репродуктивного здоровья у 66%-100% женщин. Все это делает актуальным поиск дополнительных критериев контроля и путей позитивного воздействия на процессы репаративной регенерации послеродовой матки, способствующих улучшению исходов оперативного родоразрешения.

Литература:

1. Табельская Т.В., Липатов И.С., Фролова Н.А., Тезиков Ю.В. Состояние сосудисто-тромбоцитарного, цитокинового, гемокоагуляционного гомеостаза у беременных на ранних сроках физиологической гестации // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1459-1462.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Зубковская Е.В. и др. Биомодулирующие механизмы действия видимого и инфракрасного поляризованного света // Вестник Самарского государственного университета. – 2006. - №9 (49). – С. 109-122.
3. Липатов И.С. Патогенез, диагностика и профилактика сосудистых нарушений на раннем этапе формирования патологической беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1996.- 46 с.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Агаркова И.А. Факторы риска декомпенсации плацентарной недостаточности // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т. 92, №3. - С.372-375.
5. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Предикторные индексы тяжелых форм хронической плацентарной недостаточности // Медицинский альманах. - 2011. - №6. - С. 60-63.
6. Потапова И.А., Пурьгин П.П., Липатов И.С. и др. Синтез и биологическая активность алифатических и ароматических сульфокислот // Химико-фармацевтический журнал. - 2001. - Т.35, №11. - С. 5.
7. Мельников В.А., Купаев И.А., Липатов И.С. Противососудистые антитела у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью // Акушерство и гинекология. - 1992. - №3-7. - С. 19.

## **НОВОЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Фролова Н.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Федосеева Л.С.,*

*Кутузова О.А., Дорожкин В.К., Жернакова Е.В., Мартынова Н.В.*

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,*

*ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,*

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника №15»*

В последние годы, несмотря на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, отмечена постоянная тенденция к увеличению числа осложнений, детерминированных морфофункциональными нарушениями в фетоплацентарной системе [1-4]. Нарушение формирования и развития фетоплацентарного комплекса (ФПК) является следствием изменений, характерных для привычного невынашивания, и ранним этапом формирования преэклампсии (ПЭ) [5-8].

Целью исследования явилась разработка метода профилактики преэклампсии у беременных с привычным невынашиванием, детерминирующим морфофункциональные нарушения в ФПК, с оценкой эффективности методологическими стандартами доказательной медицины.

Проведено проспективное исследование 435 женщин группы высокого риска по декомпенсации ПН, отобранных по прогностической шкале факторов риска тяжелых форм ПН [2]. Для реализации поставленной цели были сформированы следующие группы наблюдения: I группу составили 145 беременных с привычным невынашиванием, которым профилактические мероприятия проводились с ранних сроков гестации прогестагеном дидрогестероном с последующим назначением ангиопротектора диосмина; II группу – 118 беременных, которым профилактику осложненного течения гестации осуществляли низкими дозами ацетилсалициловой кислоты: по 75 мг, per os, 1 раз в день во время еды, тремя курсами по пять недель – в сроки 12-16 нед, 22-26 нед, 32-36 нед; III группу – 102 беременные, которые получали превентивную монотерапию, состоящую из приема препарата магния тремя курсами по шесть недель: первый курс – в 8-13 нед (первые две недели в насыщающей дозировке по 6 таб/сут, в последующем – в поддерживающей дозировке по 2 таб/сут, per os, во время еды), второй и третий курс – в 18-23 и в 28-33 нед (аналогично первому); IV группу – 70 беременных, отказавшихся от каких-либо профилактических мероприятий. Для получения референсных значений показателей иммунного, метаболического, гемостазиологического гомеостаза была сформирована контрольная группа, в которую вошли 30 здоровых беременных женщин.

Метод профилактики с применением дидрогестерона и диосмина осуществлялся следующим образом: беременным с 6 нед по 20 нед превентивное лечение проводилось прогестагеном дидрогестероном

(Дюфастон, Solvey Pharmaceuticals B.V., Нидерланды, регистрационный номер: П№011987/01 от 13.05.2005) по схеме 10 мг 2 раза в день, per os, ежедневно; с 21 по 26 нед и с 31 по 36 нед превентивное лечение проводилось ангиопротектором диосмином (Флебодиа 600, Инотера, Франция, регистрационный номер: П№016081/01 от 16.12.2004) по схеме 600 мг 1 раз в день, per os, ежедневно.

Степень тяжести ПН определялась по оценочной шкале с расчетом итогового показателя, при этом выделялись дисфункция плаценты, декомпенсированная ПН (ДПН), прогрессирующая ДПН, критическая ПН [1, 8]. При диагностике ПЭ учитывались критерии ВОЗ (2011).

Для оценки эффективности профилактических мероприятий использованы методологические стандарты доказательной медицины (ЧБНЛ – число беременных, которым необходимо проводить профилактику, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одной пациентки (1/САР); ОШ – отношение шансов) [9].

Анализ клинического течения и исходов беременности у женщин групп высокого риска показал, что ПН в IV группе реализовалась в 100%, в том числе тяжелые формы (с развитием ЗРП, ХГП) составили 85,7% (60); частота данного осложнения в I, II, III группах составила 13,1%, 72%, 75,5%, тяжелые формы – 4,1%, 31,3%, 42,2% соответственно. При отсутствии профилактических мероприятий (IV группа) ПЭ различной степени тяжести развилась у 51,4% (36) беременных, тяжелая (ранняя – до 34 нед гестации) ПЭ – у 20% (14). В данной группе частота ПОНРП составила 5,7% (4 наблюдения), преждевременных родов – 14,3% (10), включая ранние преждевременные роды – 8,6% (6). В группах с превентивным лечением реализация ПЭ составила соответственно I, II, III группам – 3,4% (5), 22,9% (27), 27,5% (28), при этом тяжелая (ранняя) ПЭ – 0%, 6% (7), 7,8% (8); ПОНРП в указанных группах отсутствовала; преждевременные роды имели место в 2% (все 3 наблюдения – поздние), 7,6% (1 – ранние, 8 – поздние), 9,8% (2 – ранние, 8 – поздние).

ЗРП при рождении подтвердилась в I группе у 4,1% (6) новорожденных, причем I ст у 83,3% (5); во II и III группах соответственно 27,1% (32) и 35,3% (36), причем ЗРП I ст – 68,8% (22) и 66,6% (24), ЗРП II ст – 31,2% (10) и 33,4% (12). Асфиксия при рождении в I клинической группе встретилась реже в 4,3 раза по сравнению со II группой и в 4,9 раза по сравнению с III группой. Частота гипоксически-ишемического поражения ЦНС у новорожденных I группы была достоверно ниже, чем во II, III, IV (0,7% против 2,5%, 2,9%, 10%). Нарушение адаптации у новорожденных от матерей, получавших во время беременности дидрогестерон и диосмин, имело место в 2,6 раз, в 2,7 раз, в 4,6 раз реже, по сравнению с новорожденными II, III, IV групп. Перевод на второй этап лечения не потребовался ни одному ребенку I группы, соответственно II, III, IV группам – в 5,9%, в 9,8%, в 22,9%. В целом, реализация больших акушерских синдромов (ПЭ, ПН с ЗРП и/или ХГП, ПОНРП, преждевременные роды) в I группе составила 9,7%, в том числе тяжелые формы – 3,4%; во II группе – 61,9% (тяжелые формы 24,6%); в III группе – 79,4% (32,4%); в IV

группе 85,7% (все наблюдения по клинико-лабораторным данным соответствовали тяжелому течению).

Анализ обзорно-гистологического и гистостереометрического исследования плацент подтвердил более благоприятные исходы при проведении превентивной терапии дидрогестероном и диосмином. В группах I, II, III компенсаторные реакции в плацентах были выражены сильнее, чем в IV группе:  $75,4 \pm 4,4\%$ ,  $52,1 \pm 6,2\%$ ,  $43,4 \pm 5,3\%$ ,  $20,8 \pm 5,8\%$  соответственно. Более позитивные реакции в плацентах I группы подтвердил показатель сосудистого индекса в терминальных ворсинках:  $0,43 \pm 0,016$  против  $0,38 \pm 0,019$  во II группе,  $0,34 \pm 0,015$  в III группе,  $0,25 \pm 0,017$  в IV группе.

Основным показателем результативности метода профилактики является наличие или отсутствие реализации во время гестации ПЭ. Применение методологических стандартов доказательной медицины показало высокую профилактическую эффективность разработанного метода, основанного на применении, при высоком риске структурно-функциональных нарушений становления эмбрио(фето)плацентарной системы, с ранних сроков прогестагена дидрогестерона с последующим назначением ангиопротектора диосмина, что отразилось в объективных количественных показателях: ЧБНЛ 1,4 (95% ДИ 1,1-1,7); ОШ 5,3 (95% ДИ 4,7-5,8). Полученное значение стандарта ЧБНЛ равное 1,4 свидетельствует, что для предотвращения неблагоприятного гестационного и перинатального исхода у 2-х беременных группы высокого риска необходимо данный метод превентивного лечения назначить 3-м беременным группы высокого риска (при применении низких доз ацетилсалициловой кислоты для получения профилактического эффекта у 1 беременной группы высокого риска необходимо назначить превентивное лечение минимум 4-м женщинам (ЧБНЛ 4,3), а при назначении препарата магния – 16 беременным (ЧБНЛ 15,9)). Полученное значение стандарта ОШ свидетельствует, что при назначении разработанного метода вероятность неблагоприятного исхода беременности снижается в 5,3 раза, в то время как при назначении низких доз ацетилсалициловой кислоты в 2,2 раза, а препарата магния лишь в 1,5 раза.

Стандарты доказательной медицины подтвердили эффективность всех апробированных методов профилактики осложненного течения беременности в группах высокого риска по нарушению формирования ФПК и позволили распределить их в порядке от более эффективных к менее: на первом месте, при учете персонализированного и предикторного назначения, оказался метод с последовательным назначением дидрогестерона и диосмина; на втором – применение низких доз ацетилсалициловой кислоты; на третьем - использование препарата магния.

Таким образом, сравнительный анализ клинических исходов показал более благоприятные у женщин I группы, которым профилактические мероприятия проводились по разработанному методу. Преимуществом метода является то, что все используемые для профилактики ПЭ у беременных группы высокого риска лекарственные средства отвечают требованиям перинатальной фармакологии. Препараты дидрогестерона и диосмина хорошо переносятся

беременными женщинами, так как имеют натуральное происхождение. Ни у одной из беременных женщин при приеме данных препаратов не было отмечено аллергических и побочных реакций. Медико-экономический эффект предлагаемого способа профилактики синдрома патологической беременности составил 636 725,9 рублей в расчете на 100 пациенток. Способ безопасен для здоровья беременной и новорожденного, широко доступен для современных учреждений родовспоможения.

Литература:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты применения карбогенотерапии для профилактики плацентарной недостаточности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - Т. 11, №5. - С. 71-77.
2. Липатов И.С. Клиническая оценка иммунных проявлений повреждения сосудистой стенки при физиологической и осложненной гестозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. - 24 с.
3. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Агаркова И.А. Факторы риска декомпенсации плацентарной недостаточности // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т. 92, №3. - С.372-375.
4. Мельников В.А., Купаев И.А., Липатов И.С. Противососудистые антитела у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью // Акушерство и гинекология. - 1992. - №3-7. - С. 19.
5. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Санталова Г.В. и др. Прогнозирование внутриутробного инфицирования плода у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2009. - №4. - С. 38-41.
6. Тезиков Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты ранней диагностики повреждения эндотелия у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. - 26 с.
7. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1.- С. 35.
8. Липатов И.С., Купаев И.А., Бабкин С.М., Якимова Н.А. Способ диагностики сосудистых нарушений у беременных на раннем этапе развития патологического течения гестации: патент РФ на изобретение №2061960, приоритет от 01.03.1994. Бюл. Изобретения. 16: 259.
9. Потапова И.А., Пурьгин П.П., Липатов И.С. и др. Синтез и биологическая активность алифатических и ароматических сульфокислот // Химико-фармацевтический журнал. - 2001. - Т.35, №11. - С. 5.

## **АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ С МАГНИЕВЫМ ДЕФИЦИТОМ ПРИ ВЫСОКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ РИСКЕ**

***Фролова Н.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Данилова Н.Н.,  
Ефимова Л.В., Ракитина В.Н.***

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»

В последние годы в работу учреждений родовспоможения Самарской области внедряются доступные методы выявления магний-дефицитных

состояний у беременных, что способствует дифференцированному подходу к выбору профилактических и лечебных мероприятий с минимальной медикаментозной нагрузкой у беременных групп высокого риска [1-6].

Цель настоящего исследования явилось оценка эффективности коррекции магний-дефицитного состояния у беременных группы высокого риска по плацентарной недостаточности.

В группу динамического наблюдения (рандомизированное исследование) вошли 524 беременные женщины, проживающие в самарском регионе. Оценка содержания магния проводилась в I триместре беременности на фоне превентивной терапии препаратами магния. Концентрация магния в сыворотке крови и моче определялась фотоэлектроколориметрическим способом с использованием реактивов серии «Magnesium XB» («Bioscon», Германия). Определение внутриэритроцитарного содержания магния проводилось по методу Holtmeier H.J. (1988) в модификации Cox J.M., Campbell M.J., Dowson D. (1990).

Исследование показало, что дефицит магния имеет патогенетическое значение для формирования таких осложнений гестации, как плацентарная недостаточность, преэклампсия, невынашивание, ЗРП, внутриутробная гипоксия. У беременных групп высокого риска с ранних сроков беременности в 55-80% выявляется магний-дефицитное состояние, выражающееся снижением сывороточного магния на фоне повышенной экскреции макроэлемента с мочой и /или снижение содержания внутриэритроцитарного магния. Оценка исходного содержания магния у беременных позволяет дифференцированно проводить подбор средств для индивидуальной профилактики. Коррекция магниевых дефицита возможна у 70% беременных при использовании Магне-В6, у 30% беременных при использовании магния сульфата и малоэффективна во время беременности при использовании частичных магниевых аналогов и магниевых протекторов. Использование пероральных препаратов магния не отличается по эффективности от комплексной превентивной терапии, что подтверждает возможность проведения профилактики тяжелых форм плацентарной недостаточности простыми и доступными методами с минимальной медикаментозной нагрузкой, и отвечает требованиям современной перинатологии. Влияние превентивной монотерапии препаратами магния на состояние плода и новорожденного выражается в увеличении массы тела при более высоком массо-ростовом коэффициенте, снижении степени тяжести плацентарной недостаточности, частоты ЗРП.

Литература:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Фролова Н.А. и др. Сравнительная оценка эффективности методов превентивной монотерапии преэклампсии у беременных группы высокого риска // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т.16, №5-4. – С. 1471-1474.
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Рябова С.А. и др. Оценка церебральной гемодинамики плода при плацентарной недостаточности с учетом его суточного биоритмостаза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - Т.15, №4. - С. 42-48.

3. Стрижаков А.Н., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. и др. Стандартизация диагностики и клиническая классификация хронической плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. - Т. 13, № 3. - С. 5-12.
4. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф. и др. Особенности современного клинического течения гестоза у беременных // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - Т.1, №1.- С. 35.
5. Тезиков Ю.В. Патогенетическое обоснование прогнозирования, ранней диагностики и профилактики тяжелых форм плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Самара, 2013. - 51 с.
6. Potapova I.A., Purygin P.P, Belousova Z.P. et al. Syntesis and biological activity of aliphatic and aromatic sulfonical acid azolides // Pharmaceutical Chemistry Yournal. - 2001. - №11. – P. 588-590.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРОТЕКАЮЩИХ С АБДОМИНАЛЬНЫМИ БОЛЯМИ У ШКОЛЬНИКОВ г.о. САМАРА**

***Шахматова Е.А., Печуров Д.В., Карпухина В.Р.***

*ГБУЗ СО «Самарская Городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района», г. о. Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России*

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ФР ЖКТ) являются распространённой патологией детей школьного возраста. Ведущим симптомом при ФР ЖКТ являются абдоминальные боли.. ФР часто носят сочетанный характер, при этом нарушения со стороны верхних отделов пищеварительного тракта сопровождаются дисфункциями кишечника. Изучение эпидемиологических аспектов ФР ЖКТ способствует рациональному планированию профилактических и лечебных мероприятий.

**Цель работы:** установить эпидемиологические особенности абдоминальных болей, и их взаимосвязь с кишечными нарушениями.

**Материалы и методы:** проведено анкетирование 294 школьников с 5-10 классов МБОУ СОШ № 53 г.о. Самары.

Установлено наличие жалоб на эпизоды болей в животе у 44,6% опрошенных (131 школьник), однако у 95 (32,4 %) из них боли отмечались 1-2 раза в месяц или реже и, как правило, не являлись поводом для обращения к врачу. Боли 1 раз в неделю и чаще имели место у 36 детей (12,2%). При этом если по общей распространённости болей нами значимых гендерных различий не выявлено (45,9% среди девочек и 43,2% среди мальчиков), то распространённость частых болей оказалась выше у девочек (13,7 и 10,8% соответственно).

Выявлены возрастные различия в частоте болей: у детей 10-14 лет их распространённость колеблется, по нашим данным от 36,4 до 42,3%, не различаясь достоверно, а у старшеклассников 15-16 лет возрастает до 54,3-60,0%, что, по-видимому, можно связать с возрастающими учебными нагрузками и подготовкой к экзаменам. В этой возрастной группе оказалась

самой высокой и распространённость частых (1 раз в неделю и более) абдоминальных болей – 14,3%.

Нами проанализирована взаимосвязь абдоминальных болей с кишечными нарушениями. Так среди всех школьников у 10 (3,4%) отмечался стул реже 3 раз в неделю, у детей с болями в животе редкие дефекации встречались в 3 раза в чаще (5,3 и 1,8% соответственно), изменение консистенции стула (кашицеобразный или сегментированный) было отмечено в анкетах 14 детей (4,8%), у детей с абдоминальными болями в 1,8 раза чаще (6,1 и 3,7%), метеоризм и флатуленция имели место у 16 детей (5,4%), в том числе 15 (11,5%) из них жаловались на боли в животе, что в 20 раз чаще, чем у школьников без абдоминальных болей.

**Вывод:** Таким образом, распространённость абдоминальных болей среди школьников составляет 44,6%, превалируя у девочек и повышаясь к старшим классам, у каждого пятого ребёнка боли в животе связаны с кишечными нарушениями, что указывает на необходимость всестороннего гастроэнтерологического обследования детей с ФР ЖКТ.

## **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ - ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**(по данным ГБУЗ СО «СГКП № 15 Промышленного района»)**

***Щепотьева И.Н., Леженкина Л.В.***

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»*

Согласно утверждению Н. А. Семашко, профилактика – основное направление медицины, а диспансеризация – метод, при помощи которого это профилактическое направление проводится в жизнь. Важнейшая составная часть профилактики и охраны здоровья работников – поиск новых организационных моделей медико-профилактического обслуживания промышленных рабочих. Одним из действенных путей решения этой задачи является охват всего населения страны диспансерным наблюдением. Высокие показатели общей и профессиональной заболеваемости, инвалидности и смертности лиц, работающих на промышленных предприятиях, диктуют необходимость разработки комплекса мероприятий оздоровления работающих, а также необходимость полноценной реализации их социальных функций.

Проанализированы результаты медицинских осмотров работников ООО «Нестле Россия», проводившихся специалистами ГБУЗ СО «СГКП № 15 Промышленного района», обслуживающей данное предприятие. Медицинские осмотры (МО) осуществлялись в период 2012 – 2015 г.г. в соответствии с нормативно-правовыми документами. Анализ заболеваемости проводился по материалам первичной медицинской документации: картам предварительного (при поступлении на работу) и периодического медицинского осмотра работника (ПМО); картам дополнительной диспансеризации (ДД). По

результатам МО осуществлялось планирование дальнейших мероприятий индивидуально для каждого пациента в соответствии с определенной группой состояния здоровья и диспансерного наблюдения.

Цель настоящей работы: 1) оценка эффективности профилактических медицинских осмотров работников, занятых в пищевой промышленности и связанных с вредными условиями труда; 2) оценка эффективности организационной модели оказания медицинской помощи на уровне первичного медицинского звена (на примере ООО «Нестле Россия», г. Самара).

Основным видом деятельности исследуемого предприятия пищевой промышленности является производство кондитерских изделий. Вредные условия труда связаны с действием химических (использование дез. средств, щелочей, кислот и т.д.); физических (запыленность, высокий уровень шума и вибрации и т.д.); механических (использование тележек) факторов, а также с факторами трудового процесса (физические перегрузки, работы связанные с длительным пребыванием в вынужденной позе, выполнение стереотипных движений, зрительно напряженные работы, работы на высоте).

Общая численность работающих предприятия за исследуемый период составила в среднем 1 тыс. 300 чел. Число лиц, работающих во вредных условиях труда, за исследуемый период было достаточно стабильным (рис. 1) и составляло от 65% (2012 г.) до 68% (2015 г.) от общей численности работающих.



Рис.1. Число работников ООО «Нестле Россия» (г. Самара), работающих во вредных условиях

Разница в числе лиц, работающих во вредных условиях и подлежащих осмотру, объясняется тем, что, в соответствии с действующими нормативными документами, контакт с некоторыми вредными производственными факторами

требует ежегодного ПМО работников, с другими же – один раз в 2 года. Кроме того, на численность лиц, подлежащих ПМО, влияет смена кадров на предприятии в результате естественного оттока лиц пенсионного возраста и общей текучести кадров.

Процент охвата работников обязательным ПМО за исследуемый период составлял 98.7, 99.3 и 99.6% соответственно, что свидетельствует о понимании важности проводимых мероприятий, как администрацией, так и работниками предприятия. Основными задачами медицинских учреждений на предприятиях являются: максимальное приближение к месту работы квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Сведения по выявлению заболеваемости у лиц, связанных с вредными условиями труда, приведены в таблице 1. Рост количества лиц с общими заболеваниями и, как следствие, нуждающихся во временном или постоянном переводе на другую работу, происходило пропорционально росту количества лиц, подлежащих или прошедших ПМО.

Таблица 1

**Анализ результатов медицинских осмотров работников  
ООО «Нестле Россия» за период 2012-2015 г.г.**

	2012	2013	2015
Количество осмотренных лиц	763	786	824
Количество лиц с общесоматическими заболеваниями	429	468	480
Количество лиц с подозрением на проф. заболевание	7	6	7
Количество лиц, нуждающихся во временном переводе на другую работу по состоянию здоровья (с исключением противопоказанного производственного фактора)	37	28	21

Необходимо отметить уменьшение числа заболеваний, выявленных в 2013 – 2015 г.г., при незначительном увеличении количества лиц, прошедших ПМО. Число случаев заболеваний на одного человека в 2012 г. составило 2.7, в 2013 г. – 2.5, в 2015 г. – 2.4. Кроме того, выявлено отсутствие роста числа лиц с подозрением на профессиональное заболевание за исследуемый период.

На динамику роста количества человек с выявленными заболеваниями за исследуемый период оказало влияние увеличение общего количества лиц, прошедших МО. Отсутствие показателей динамического роста количества лиц, нуждающихся в дополнительных мероприятиях, выявленных в процессе ПМО, является результатом постоянной работы предприятия в плане мероприятий по охране труда и правильной организации медицинской помощи на данном предприятии. По результатам ПМО лица с выявленными заболеваниями подлежат дальнейшему диспансерному наблюдению. Важным этапом диспансеризации является не только динамическое наблюдение за здоровьем работников, но и проведение лечебных, оздоровительных, профилактических и социальных мероприятий, объем и кратность которых зависят от группы

диспансерного наблюдения, возраста и профессии.. Отметим, что цель ПМО состоит в выявлении начальных симптомов как общесоматических, так и профессионально обусловленных заболеваний, а также своевременном принятии мер к предотвращению патологии

**Выводы.**

1. Необходимым и эффективным средством в выявлении общесоматических, профессионально-обусловленных и социально значимых заболеваний у работающего населения являются периодические медицинские осмотры.
2. Правильная организация медицинской помощи является мощным фактором подъема производительности труда, снижения потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью и, как следствие, средством для обеспечения повышения здоровья населения, качества жизни и условий труда, а также устойчивого развития региона;
3. Эффективность оказания медицинской помощи на уровне первичного медицинского звена может вполне выступать как средство достижения устойчивого развития в системе «Земля – страна – регион – город – предприятие».

# **ГОСТИ НАУЧНОГО ФОРУМА**

**Государственное бюджетное  
образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Самарский государственный  
медицинский университет» Министерства  
здравоохранения России**

**ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В  
ЛЕЧЕНИИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ  
ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

*А.А. Королева*

Научные руководители: к.м.н., доцент Т.Ю. Владимирова,  
к.м.н., доцент Е.В.Егорова

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

Одним из актуальных направлений современной оториноларингологии является совершенствование лечебных и реабилитационных методик при нарушении слуховой функции различного генеза. Наибольший практический интерес с учетом распространенности и факторов риска является нарушения слуха перцептивного характера при сенсоневральной тугоухости. Появившиеся новые аппаратные методы лечения, в частности электростимуляция слуховых структур, могут являться одним из ведущих направлений в консервативном лечении подобных состояний. Известно, что транскраниальная электростимуляция активизирует выделение эндорфинов, ускоряя репаративную регенерацию поврежденных тканей, в том числе периферических нервов, и улучшает их функциональное состояние.

Целью исследования было выявление характеристик сенсоневральной тугоухости на фоне коморбидной патологии и определение эффективности включения методики транскраниальной электростимуляции в стандартный алгоритм лечения сенсоневральной тугоухости у пациентов с вегетативной дисфункцией.

Для достижения поставленной цели отобраны две группы пациентов, возрастные и гендерные признаки в которых были сопоставимы. Пациентам контрольной группы (28 человека, средний возраст  $39,8 \pm 0,4$  года) проводилось стандартное медикаментозное лечение, тогда как в основной группе (25 пациентов, средний возраст  $41,3 \pm 0,5$  лет) лечебный алгоритм дополнялся процедурой транскраниальной электростимуляции, проводимой с помощью аппарата «Трансаир-01В» согласно предписываемому в инструкции режиме (7 сеансов, проводимых ежедневно, продолжительностью 20 минут).

В качестве контрольных тестов нами определялся вегетативный индекс Кердо, проводилось исследование вегетативного статуса и слухового паспорта, выполнялись тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия, применялось анкетирование с помощью тестов Спилбергера-Ханина, ММСИ-теста. Для оценки динамики основных клинических симптомов использовалась 5-бальная визуально-аналоговая шкала интенсивности признака.

Результаты проведенного исследования показали наличие прямой корреляционной связи степени выраженности слуховых нарушений и ушного шума с наличием коморбидного фона. Динамика исследуемых показателей в основной группе была отмечена уже на 3 день лечения, что позволяет оптимизировать лечебный протокол по срокам и этапности оказания медицинской помощи. Результаты проведенного исследования позволяют особо рекомендовать методику транскраниальной электростимуляции к включению в алгоритм лечения сенсоневральных расстройств слуха при сопутствующей вегетативной дисфункции.

Список литературы:

1. Лебедева В.П. Транскраниальная электростимуляция. Экспериментально-клинические исследования. СПб.: Центр ТЭС, 2005. 527 с.
2. Розенблюм А.С., Лебедев В.П., Краева Н.И. Применение транскраниальной электростимуляции для лечения больных с нейросенсорной тугоухостью. НИИ уха, горла, носа и речи МЗ РФ.

## **НУТРИЕНТЫ В ПИТАНИИ СПОРТСМЕНОВ-ЛЮБИТЕЛЕЙ**

*Назаркина Д. А.*

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ларина Т.А.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность темы.** XXI столетие характеризуется повышением интереса населения к здоровому образу жизни, занятию спортом.

◎ Создание в СМИ идеалов физической формы.

◎ Стремление людей к улучшению параметров собственной фигуры.

- ◎ Увеличение числа фитнес-центров с различным уровнем физической нагрузки.
- ◎ Увеличение количества тренеров, не имеющих специального образования, но рекомендующих спортивное питание.
- ◎ Расширение сети магазинов спортивного питания, снижение цены на его компоненты, что способствует повышению доступности различным слоям населения.

**Цель.** Изучение влияния спортивного питания на организм человека (по данным интернет-информации).

Биохимические изменения, происходящие в организме спортсмена в процессе тренировок и соревнований, тесно связаны с обеспеченностью организма основными пищевыми веществами, а также макро- и микронутриентами. Количественный и качественный состав пищи во многом определяет энергетические ресурсы организма, создает оптимальный метаболический фон и может существенно влиять на физическую работоспособность, длительность и полноту восстановления организма после физической нагрузки.

Однако потребность в высококалорийной пище, возникающая при интенсивных физических нагрузках, часто вызывает определенные трудности при составлении полноценных рационов: необходимость равномерного распределения пищевых веществ в течение дня, подбор адекватных форм и видов пищевых продуктов, восполнение повышенных потребностей в макро- и микронутриентах. Рекомендованные рационы питания не позволяют спортсменам в полной мере компенсировать потребности организма в энергии и основных пищевых веществах после тренировок и соревнований, поскольку объем потребляемой пищи в этих случаях получается слишком большим, а рост интенсивности процессов ее переваривания и всасывания отрицательно сказывается на спортивных результатах.

Для восполнения затраченной энергии и поддержания нормальных обменных процессов в организме в рацион спортсменов включаются специализированные пищевые продукты.

Специализированные пищевые продукты - это продукты заданной пищевой и энергетической ценности и направленной эффективности, состоящие из набора нутриентов или представленные отдельными видами, которые оказывают специфическое влияние на повышение адаптивных возможностей человека к физическим и нервно-эмоциональным нагрузкам, способствуя достижению высоких результатов.

Эти продукты используются как пищевые модули в зависимости от характера физической нагрузки и вида спорта с учетом фактического потребления пищевых веществ и энерготрат. Они применяются для регуляции массы тела, увеличения кратности питания во время соревнований и усиленных продолжительных тренировок, снижения объема суточных рационов в дни соревнований.

У профессиональных спортсменов проблемы составления рациона питания решают диетологи, в то время как питание спортсменов-любителей остается без контроля.

**В соответствии с рекомендациями Научного комитета по питанию Европейской комиссии от 2001г. (Scientific Committee on Food on European Commission), все продукты для питания спортсменов условно разделены на 4 категории:**

1. Категория А - богатые углеводами энергетические пищевые продукты.
2. Категория В - углеводно-электролитные растворы.
3. Категория С - белки и белковые компоненты.
4. Категория D - биологически активные добавки.

**Категория А. Высокоуглеводные пищевые продукты**

Представляют собой углеводные концентраты. Содержание углеводов в них может достигать 95%. В качестве углеводных комплексов в таких продуктах используются сахар, глюкоза, фруктоза, мальтодекстрин, модифицированный крахмал, сухофрукты в порошкообразной форме, гидролизаты зерновых крахмалов. Различные форма, комбинации и соотношения моно-, олиго- и полисахаридов в этих продуктах обеспечивают на протяжении продолжительного промежутка времени организм спортсмена энергией.

Эти продукты направлены на быстрое повышение уровня глюкозы в крови, доставку ее в клетку и повышение ее метаболизма. Применение должно происходить под контролем уровня глюкозы, а при необходимости с проведением теста толерантности к глюкозе.

Отрицательные последствия бесконтрольного применения:

1. Применение продуктов лицами с предрасположенностью к развитию сахарного диабета (наследственность, перенесенные заболевания поджелудочной железы, измененный метаболизм желудка).
2. Использование веществ при недостаточных физических нагрузках (приводит к истощению поджелудочной железы и снижению выработки собственного инсулина).
3. При отсутствии нагрузок вместо желаемого снижения веса наблюдается замена мышечной ткани жировой.

**Категория В (L-карнитин). Углеводно-электролитные растворы.**

Наибольшими влагоудерживающими свойствами в организме обладает Na. Это основной катион углеводно-электролитных растворов. Он стимулирует усвоение сахара и воды в тонкой кишке и помогает поддерживать объем внеклеточной жидкости. (К- содержится в слишком малом количестве, поэтому не используется, Mg- почти не расходуется).

Также, в состав ряда отечественных углеводно-электролитных напитков включены Ca и P. Однако содержание этих веществ в растворах не превышает 10% от суточной нормы.

Существует условное правило потребления: количество потребляемой жидкости должно быть приблизительно эквивалентно её потерям, обусловленным потоотделением. Если говорить о спорте высоких достижений, то большинство атлетов во время соревнований потребляет жидкость на уровне

50% (максимум 70%) от убыли. Во многом это обусловлено исключительно физиологическими причинами: так, согласно исследованиям, в органах пищеварения некоторых спортсменов при быстром беге может усваиваться не более 200 мл выпитой воды в час.

**Категория С (гейнеры).** Белки и белковые компоненты.

Выпускаются в порошкообразной, таблетированной или капсулированной форме, содержат более 50% белка и предназначены в основном для питания спортсменов силовых видов спорта.

В качестве источников белка используют концентраты и изоляты белков молочной сыворотки, сухое обезжиренное молоко, сухую молочную сыворотку, муку соевую обезжиренную, изоляты и концентраты соевых белков, сухой яичный белок, гидролизат желатина, гидролизат белка картофеля, яичного альбумина.

Комбинация различных видов белка обеспечивает медленное и продолжительное высвобождение аминокислот, поступающих в кровообращение, что улучшает синтез белков и, как было доказано, уменьшает разрушение мышечной ткани.

Каждая аминокислота оказывает определенный физиологический эффект в организме, иногда синергично с другими аминокислотами. Многие аминокислоты оказывают анаболическое действие, сопоставимое с таковым стероидных препаратов, служат резервным источником энергии, предохраняя белок мышц от разрушения.

Отрицательные последствия бесконтрольного применения:

1. Использование продуктов людьми с латентным протеканием болезней почек и печени усугубляет течение болезней
2. Недостаточная физическая нагрузка приводит к повышению уровня белка плазмы без его потребления мышечной мускулатурой, что увеличивает нагрузку на выделительные органы
3. Поступление в организм большого количества чужеродного белка увеличивает риск развития аутоиммунных заболеваний.
4. Повешенное потребление белка приводит к раковым заболеваниям.

**Категория D.** Биологически активные добавки (БАД) — концентраты натуральных природных веществ, выделенных из пищевого сырья животного (в том числе морского), минерального, растительного происхождения, или же полученные путем химического синтеза вещества, идентичные природным аналогам.

Основное отличие от лекарственных средств состоит в том, что БАДы помогают организму устранить нарушения, приводящие к развитию того или иного заболевания. БАДы не работают вместо регуляторных систем организма, а устраняют дефицит или избыток каких-либо соединений в организме человека. Применение их позволяет последовательно восстанавливать организм без нанесения ему ущерба, без разрушительных побочных действий, свойственных многим лекарствам.

Выпускаются БАДы, как и лекарственные формы, в виде бальзамов, экстрактов, настоек (на спирту), настоев (без спирта), кремов, сухих и жидких концентратов, сиропов, таблеток, порошков и т.д.

Основные правила применения.

1. Короткий курс применения.
2. Правильный подбор дозы.
3. Использование только тех веществ, восполнение которых с пищей невозможно (каротин, витамин В<sub>12</sub>).

Отрицательные последствия бесконтрольного применения.

1. Длительный прием приводит к развитию зависимости.
2. Бесконтрольное применение приводит к передозировке.
3. Отсутствие научной достоверности эффективности.
4. Содержат допинг.

**Влияние спортивного питания на организм неоспоримо.** Но оно может быть как положительным, так и отрицательным. Необходимо постоянно отслеживать количество поступаемых веществ в организм для нормального протекания обменных процессов, и достижения необходимых результатов, соотнося их с соответствующими нагрузками.

# ГБПОУ «САМАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМ.Н.ЛЯПИНОЙ»

## ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Крючкова В.С.,*

*(студентка 3 курса, специальность «Сестринское дело»)*

*Проходцева М.Б., (научный руководитель)*

*ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им.Н.Ляпиной»*

Забота о престарелых людях - занятие, требующее специальных знаний, причем не только в медицине, но и психологии. Необходимо знать с какими особенностями поведения придется столкнуться. Одна из главных психологических особенностей людей в пожилом возрасте - чувство одиночества. К сожалению, для этого зачастую есть объективные основания - недостаток общения, невнимание со стороны близких, невозможность вести

привычный образ жизни и т.п. Процесс старения тесно связан с постоянным увеличением числа больных, страдающих различными заболеваниями, в том числе и присущими только пожилому и старческому возрасту. Как результат - затяжная депрессия и страх за свою жизнь. Еще одна особенность заключается в том, что пожилым людям, как правило, трудно адаптироваться к чему-либо новому. Большую роль в этом играет нежелание развиваться, а мотивация простая - «А зачем мне это надо? Жизнь практически прожита!». Безусловно, у пожилых людей бывает большой дефицит общения, и в медицинском работнике они пытаются найти не только собеседника, но и понимающего их проблемы человека, который им поможет.

Общеизвестно, что именно повседневное общение специалиста с пациентом при умелом использовании навыков общения вселяет надежду на выздоровление, повышает его настроение и уверенность в себе, мобилизует его адаптивные механизмы, оптимизируя его защитные силы. Особенно это касается пожилых пациентов. При общении с престарелыми людьми, важно понять, в чем нуждаются старики, какие чувства они испытывают, какая помощь им необходима. Пожилым людям необходимо понимание, чтобы было с кем обсудить свои проблемы. И, конечно же, нужно терпеливо относиться к постоянным жалобам, особенно у больных людей, не срывать криком на их выходки и причуды. Если пожилые люди почувствуют искреннее внимание, заботу, что они нужны кому-то, то многие проблемы останутся позади. Общение с пожилыми людьми требует не только искреннего желания помочь, но также специальных знаний и большого количества свободного времени. Именно в общении с такими людьми успешность словесного воздействия и терапии зависит от доверия и уважения к врачу или среднему медицинскому работнику, от внимательного отношения к жалобам-просьбам и субъективному описанию заболевания, по поводу которого они обращаются. С другой стороны, имея дело с пожилыми пациентами, зачастую приходится сталкиваться с людьми, у которых длительность течения их заболевания, да и сам возраст вызвали такие изменения со стороны психики и личностных качеств, которые нельзя не учитывать. При длительном хроническом течении заболевания у пациента происходит фиксация внимания на своих болезненных симптомах. Сначала это фиксация на тех самоощущениях, которые сопровождают вегетативные сдвиги в организме (сердцебиение, одышка, боли в животе или груди т. д.). Это закономерный этап любого длительно текущего заболевания. В центре внимания должны быть особенности личности пациента, внутренняя картина болезни, особенности ипохондрической фиксации на своих болезненных переживаниях, особенности отношения его к методам лечения, к самому себе. А это возможно только при повседневном умелом общении с пациентами, анализе затруднений и барьеров, возникающих в процессе общения, умелом их преодолении. Необходимо учитывать особенности психики пожилого и старческого возраста, понимание механизма психических изменений, вызываемых старостью. Порой не столько соматическая патология, сколько неблагоприятные социальные факторы (смена стереотипов в трудовой деятельности и в быту семейные конфликты и прочее) являются причиной того,

что пожилой или старый человек чувствует себя больным. Поэтому особенно важно обращать внимание на психический статус пациентов старших возрастных групп. Любая стрессовая ситуация может вызвать у них ряд сдвигов, обуславливающих обострение латентно протекающих патологических процессов и развитие тяжелых состояний. Многие пожилые и старые люди нуждаются в первую очередь в устранении одиночества, самоизоляции. Хороший совет, помощь в изменении образа жизни, нормализация отношений с близкими людьми - часто основные факторы, способствующие улучшению состояния здоровья. И роль медицинской сестры в этом далеко не последняя.

Общаясь с пожилым пациентом, медсестра должна организовывать передачу информации с учетом инволюционных изменений, происходящих в его организме. Например, в результате возрастных изменений органа зрения снижаются острота зрения, адаптация к свету и темноте, способность различать цвета, повышается чувствительность к яркому свету. Чтобы уменьшить влияние этих изменений, рекомендуется:

- подойти поближе к человеку, чтобы он видел, с кем общается;
- увеличить освещенность при чтении, обучении, демонстрации и т.д., но при этом снизить воздействие яркого солнечного света, используя очки, шторы, жалюзи и др.;
- увеличить размеры учебных средств, букв в тексте и т.д.;
- использовать яркие контрастные цвета для маркировки границ помещений, ступенек, положений ручек приборов и устройств;
- избегать выражений типа: «Желтую таблетку примите утром, а белую - вечером». Изменения органов слуха ведут к старческой тугоухости - пресбиакузису; снижается способность восприятия всех тонов, но больше всего высоких, способность восприятия речи, особенно плохо разговорная речь воспринимается в шумной обстановке. Для уменьшения влияния этих изменений рекомендуется:
- более внимательно следовать критериям эффективности вербального общения, поставив во главу угла возрастные особенности пациента, и на основе этого создавать «простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное сообщение»;
- использовать как вербальный уровень передачи информации, так и невербальный (мимика, жесты, прикосновения и т.д.);
- говорить медленно, короткими предложениями, в низкой тональности;
- по возможности исключать посторонние шумы;
- смотреть в лицо (но не постоянно в глаза) человека;
- записывать необходимую информацию или использовать алфавит и, указывая на буквы, составлять слова;
- разговаривать с плохо слышащими через фонендоскоп и т.д.

То, в какой мере медсестра воспринимает и понимает пациента, а через него - и себя, во многом определяет процесс общения и уровень отношений между ними, а также способы осуществления их совместной деятельности. Необходимо, чтобы медсестра имела полное и адекватное представление о каждом пациенте. Именно оно лежит в основе индивидуального подхода. Надо

общаться с пожилым человеком как с умудренным опытом, постоянно подчеркивая, что старость дает определенные преимущества: свободу от профессиональных обязанностей и материальных целей, от телесных желаний и мнения окружающих; что в этом возрасте можно, наконец, заняться делами, которые раньше все время откладывались; что этот возраст дает шанс духовного рождения, постижения идеи всепрощения, обретения красоты и гармонии.

Порой наши пациенты действительно демонстрируют такое присутствие духа, что становятся примером, как для медсестер, так и для других пациентов. В результате общения с медицинскими работниками у пациентов старческого возраста меняются представления, меняется действительность, в которой они живут, расширяются возможности для удовлетворения потребностей.

## **АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ**

***Никифорова Н.С.,***

*(студентка 3 курса, специальность «Сестринское дело»)*

***Проходцева М.Б., (научный руководитель)***

*ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им.Н.Ляпиной»*

Взаимоотношения между медицинскими работниками и больными, их родственниками или доверенными лицами было и всегда будет основой медицинской практики. Даже самая совершенная техника не заменит взаимодействия медицинского работника и больного. До недавних времен доверие медицинского работника пациент рассматривал, как право принимать решение, не вовлекая его, пациента, в сложные медицинские проблемы. Современная медицина базируется на сотрудничестве медицинских работников и пациента, и процесс лечения предполагает партнерские отношения. Понимание, сочувствие и поддержка - это очень важные элементы в достижении взаимопонимания между больным и медицинским работником и в создании между ними партнерских отношений, которые будут направлены на главное - лечение заболевания.

Взаимоотношения между медицинским работником и пациентом во всем мире складывались по мере развития общества и медицины и зависели большей частью от правового сознания людей. Однако главной идеей врачебной деятельности было и есть "не вреди". Однако никакие репрессивные меры не снижают риск любого медицинского вмешательства. Таким образом, ради того, чтобы медицинский работник старался принять решение, оптимальное для больного, а не для себя, общество и сам пациент должны быть готовы разделить с ним ответственность за это решение. В России каждый человек, согласно Конституции РФ, имеет право на охрану здоровья. Взаимоотношения врача и пациента в настоящее время регулируются документом под названием "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" (1993 г.). Все пациенты вне зависимости от пола, возраста, цвета

кожи, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального и социального происхождения, материального достатка имеют одинаковые права при оказании им медицинской помощи. Выполнение требований пациента, связанных с использованием им своего права, обязательно для всех лиц, участвующих в оказании медицинской помощи. Таким образом, использование пациентом своих прав является не чем иным, как механизмом его воздействия на ход всего лечебного процесса.

Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на любое медицинское исследование и проводимое лечение, как медикаментозное (консервативное), так и оперативное. Пациент должен быть не просто объектом обследования и лечения для медицинского работника - пациент должен быть партнером медицинского работника, а для этого его необходимо, как минимум, информировать о том, какие обследования и почему ему необходимо сделать, какое лечение и почему ему необходимо провести, какова длительность лечения, какова перспектива лечения в одном, другом и третьем варианте, какие осложнения могут возникнуть при том или ином инвазивном обследовании или оперативном лечении, какие побочные действия могут быть у назначенных лекарственных препаратов, как их можно избежать, какие осложнения неизбежно возникнут, но не повлекут за собой значимых изменений в состоянии здоровья или наоборот повлекут. Вся эта информация в обязательном порядке должна быть предоставлена пациенту медицинским работником. Информацию следует сообщать в доступной для пациента форме, минимизируя использование специфических медицинских терминов. Если больному медицинский работник объясняет необходимость того или иного обследования, а также необходимого оперативного лечения, то медицинский работник помимо информации о методах, применяемых в данном ЛПУ, обязан информировать пациента о всех возможных методах обследования и лечения, которые существуют в настоящее время в других ЛПУ данного населенного пункта, а также в других городах страны и в различных странах мира.

Пациент имеет право получения в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, диагнозе заболевания, прогнозе, методах обследования и лечения, связанных с ними рисках, вариантах медицинского вмешательства медикаментозного лечения. Данную информацию пациент должен получить от медицинского работника. Практически любой пациент, находясь на обследовании и лечении в стационаре, испытывает тревогу за свое здоровье, и неизвестность путает его. Задача медицинского работника добиться доверия пациента. Для этого медицинский работник ежедневно при беседе с пациентом должен рассказывать ему о состоянии его здоровья, о результатах проведенных обследований и необходимости проведения других обследований, о всех побочных действиях, могущих возникнуть как при инструментальных методах обследования. По желанию пациента медицинский работник обязан показать ему записи в истории болезни и подлинники результатов анализов и инструментальных методов исследования. Пациент и только пациент обладает правом соглашаться или не соглашаться на предложенное ему обследование на лечение, а задача медицинского работника доказать и убедить пациента в

необходимости и целесообразности предложенного обследования и лечения, а также сообщать о возможных последствиях отказа от них. Однако, аргументируя свои предложения, медицинский работник не должен запугивать пациента, оказывать на него необоснованное давление и заставлять подписывать документ об информированном согласии. Необходимо помнить, что этот документ не является для медицинского работника индульгенцией от возможной ошибки - это всего лишь документ, который подтверждает право врача на проведение данного обследования или лечения, которое в данное время дает ему пациент.

Для достижения необходимой степени доверия медицинский работник должен уметь и любить разговаривать с больным. Уважительное отношение к больному - это не только обращение к нему на " Вы" и по имени и отчеству, но и подробное ознакомление с обстоятельствами жизни больного, необходимо прежде всего видеть перед собой не носителя болезни, а личность. Задав вопрос медицинский работник должен терпеливо выслушать ответ, при этом пациент обязательно должен видеть глаза медицинского работника, что, как правило, говорит о заинтересованности его в получении необходимой информации. Для создания положительной обратной связи и вовлечения больного в партнерские отношения медицинский работник должен попросить пациента в период обследования и лечения информировать его о всех изменениях в своем состоянии, всех вопросах и сомнениях.

С позиций современного развития медицинского права можно сформулировать основные организационно-правовые принципы информированного согласия к ним относятся:

- информированное согласие - право пациента и обязанность медицинского работника, осуществляющего медицинское вмешательство;
- информированное согласие необходимо получать на любой вариант медицинского вмешательства, начиная от измерения артериального давления, включая сеанс гипноза и заканчивая многочасовой сложной хирургической операцией;
- получения информированного согласия свидетельствует об уважении прав и законных интересов пациента;
- информированное согласие обуславливает активное участие самого больного в процессе лечения;
- благодаря информированному согласию повышается степень ответственности врача при оказании медицинской помощи.

При общении с пациентом и выполнении сестринских манипуляций медсестра обязана:

- соблюдать этические принципы поведения,
- создавать общий доброжелательный настрой,
- проявлять выдержку, терпимость, готовность помочь пациентам,
- создавать обстановку доверия между медицинским персоналом и пациентом,

- способствовать повышению авторитета медицинского врача и ЛПУ.

Подготовка пациента к различным медицинским манипуляциям зависит от:

- установок пациента,
- культурного уровня,
- знаний,
- от характера самого предстоящего исследования.

Психологические особенности работы медсестры при проведении сестринских манипуляций:

- любые сестринские вмешательства имеют отношение к сохранению целостности организма пациента, поэтому сопровождаются переживаниями и отношениями к происходящему вокруг (медицинскому персоналу, окружающей действительности, к самому себе в новой ситуации). Эмоции, сопровождающие пациента: страх, тревога;

- диагностические и лечебные манипуляции, требующие проникновения в организм человека с помощью медицинских инструментов и других технических средств: эндоскопические (гастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия, цистоскопия и др.), инъекции (в\к, в\в, п\к, в\м, в\а) и прочие – несут на себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить перфорацию, причинить пациенту боль, нанести психологическую травму. Необходимо выработать такое умение как интуиция, для которой необходимы точные знания анатомии, физиологии, высокий профессионализм;

- установить психологический контакт с пациентом, успокоить пациента, выровнять настроение, вселить уверенность в благоприятном исходе. Для этого необходимы конкретные технологии, применяемые при установлении контакта (практика).

- длительные и многократные повторяющиеся манипуляции (инъекции) могут невротизировать пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативные отношения. Необходимо успокоить пациента, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры, отвлечь внимание, найти добрые слова;

- при выполнении интимных манипуляций медицинской сестре необходимо учитывать чувство стыда, неловкости, дискомфорта у пациента. Поэтому создавать условия интимности, уединения пациента, щадить самолюбие, учитывать легкую ранимость психики, не показывать пациенту безразличия, отвращения при выполнении манипуляций, соблюдение профессионального такта, деликатного поведения. При уходе за пациентом чистота принципиально необходима;

- необходимо формировать у пациента положительное отношение к профилактике, установку на сотрудничество с медицинскими работниками. При этом важно следить, чтобы оно не приводило к ятрогении, не стало

источником страха. Необходимо избегать выражений, которые могут встревожить пациента (двусмысленные, непонятные);

- необходимо учитывать зоны общения. Для того, чтобы выполнять манипуляции в интимной зоне необходимо добиваться доверия к себе;
- при проведении болезненных манипуляций медицинской сестре следует сообщить об этом пациенту непосредственно перед манипуляцией, а не накануне, и выразить сожаление, что в данном случае нельзя поступить иначе;
- метод ослабления боли – отвлечение внимания.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
<i>Акимова М.П., Шаймарданова Л.З., Боровик В.А.</i> <b>АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ</b>	

Научное издание

**«Успех – инновации, помноженные на профессионализм»**  
Сборник научных работ  
научно-практической конференции

Редакторы: д.м.н. Т.А. Ларина,  
к.м.н. И.М. Назаркина

Компьютерная верстка

Подписано в печать \_\_\_\_\_

Формат 60 × 84 / 16. Бумага офсетная. Печать офсетная  
Гарнитура Times New Roman. Объем: \_\_ усл. печ. л.; \_\_ уч.-изд. л.  
Тираж 300 экз.

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
“Самарский государственный медицинский университет” Министерства  
здравоохранения РФ  
443099, Самара, ул. Чапаевская, 89

ГБУЗ СО «Городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»  
г.о. Самара  
443011, Самара, ул. Фадеева, 56а